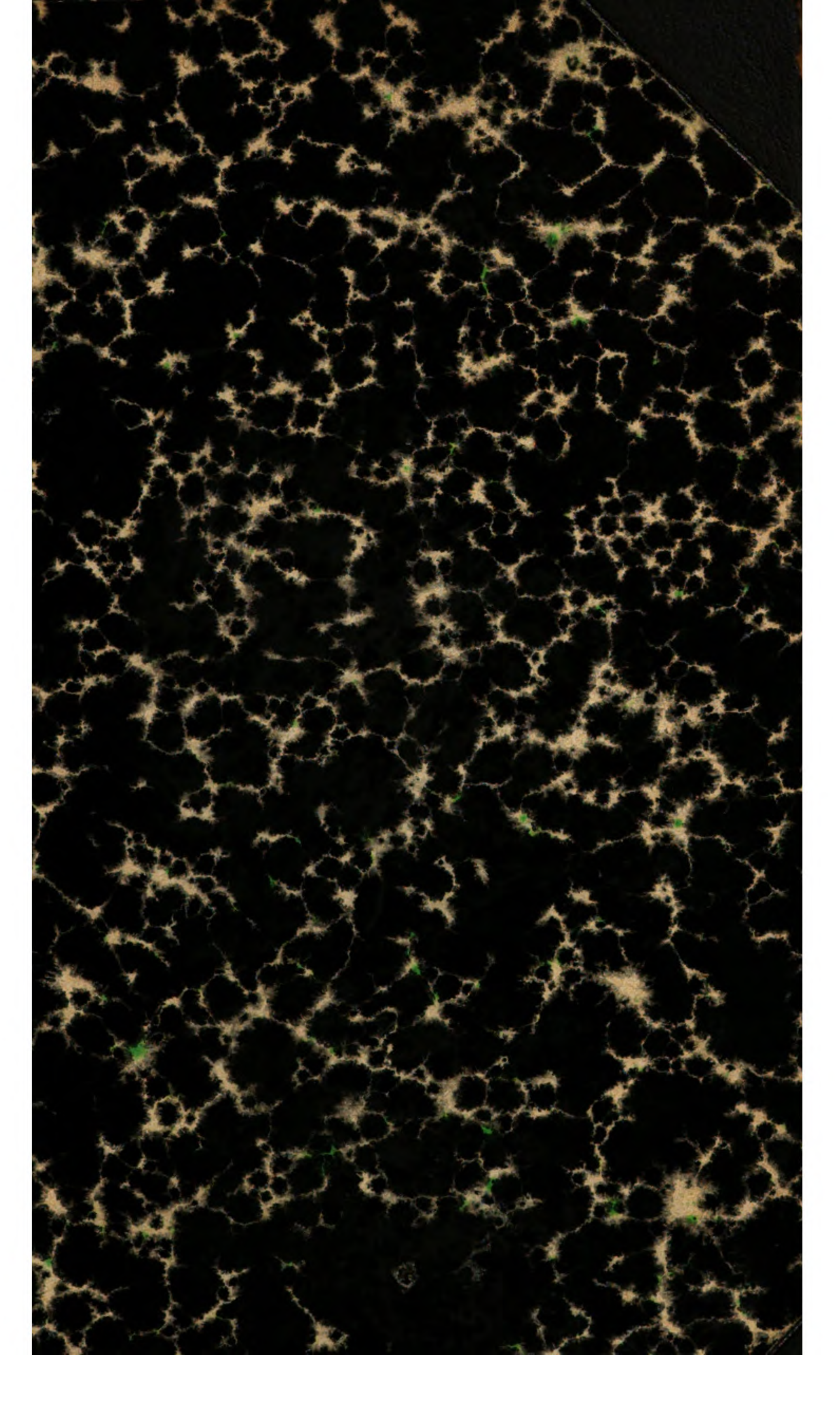
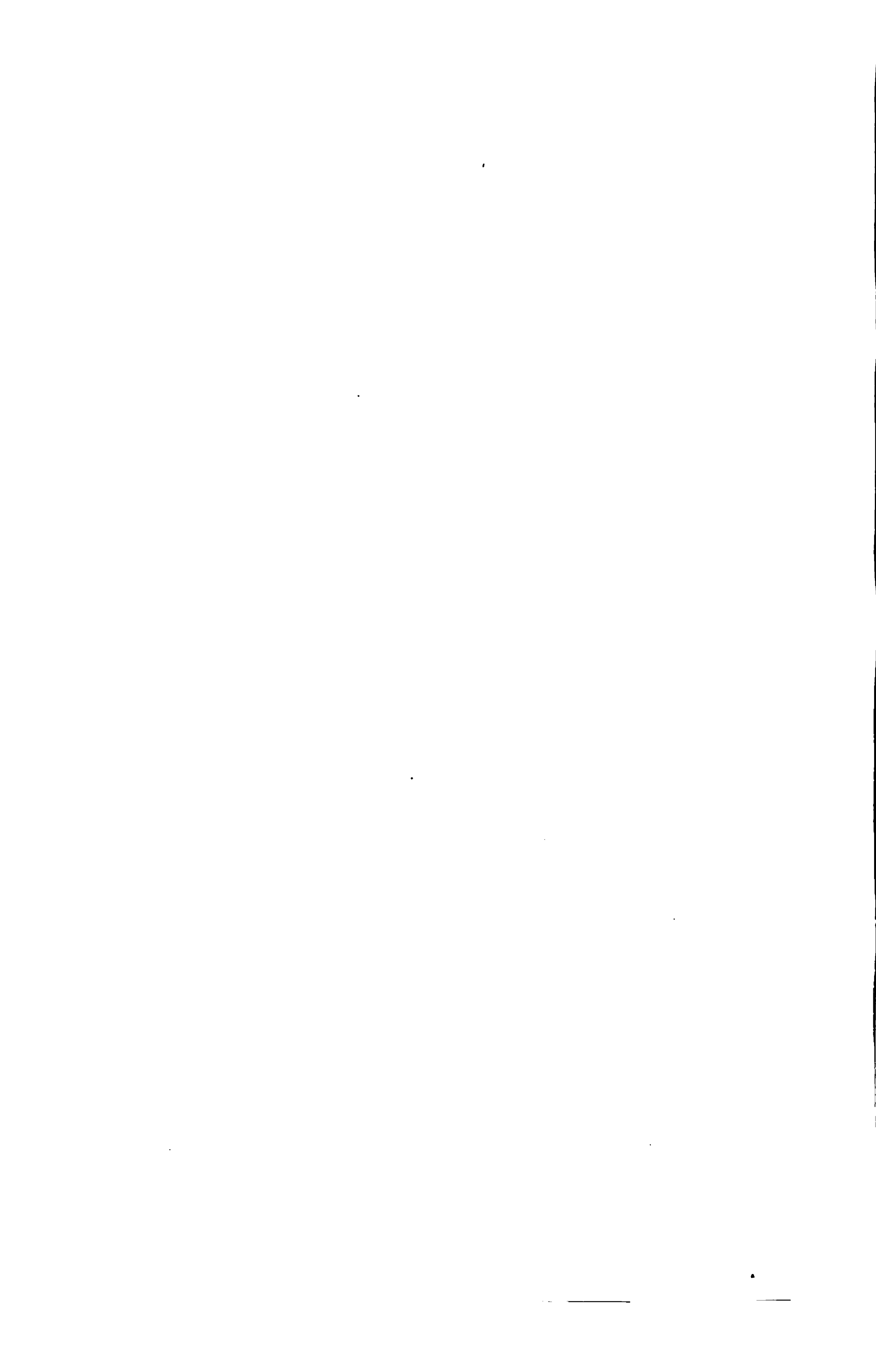



B
012379


CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 078 853 219





Zentralblatt

für

CHIRURGIE

herausgegeben

von

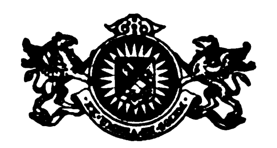
K. GARRÈ G. PERTHES E. RICHTER

in Bonn in Tübingen in Breslau

38. Jahrgang Nr. 1—26

1911

Januar—Juni



LEIPZIG

Verlag von Johann Ambrosius Barth

1911

Originalmitteilungen.

Namenverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 29, welche den Bericht über den XL. deutschen Chirurgen-Kongreß enthält.)

Sachverzeichnis.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmitteilungen. Die kurrentgedruckten beziehen sich auf die Beilage zu Nr. 29. welche den Bericht über den XL. deutschen Chirurgenkongreß enthält.)

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 1. Sonnabend, den 7. Januar 1911.

Franz König †

Wenn der nächste Chirurgenkongreß eröffnet wird, fehlt auch der letzte jener kraftvollen Männer, die seit Jahrzehnten daran gearbeitet haben, den Weltruf der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu begründen.

Langenbeck, Volkmann, Billroth, Thiersch, Esmarch, Bergmann, sie alle sind dahingegangen, und jetzt klafft wieder eine tiefe Lücke: Franz König weilt nicht mehr unter den Lebenden.

Ein die gesamte Chirurgie umfassendes Wissen, die Gabe, dieses Wissen sofort in der Debatte bei jeder Frage objektiv und klar zu verwerten, machte ihn bis in die letzten Jahre hinein zu einem unschätzbaren Teilnehmer an den Verhandlungen des Kongresses.

Jetzt ist der beredte Mund verstummt, das klare Auge gebrochen; begraben ist all das Wissen, das er in vieljähriger Arbeit gewonnen hatte. »Es war ein schönes langes Leben«, das waren die letzten Worte, die er noch bei vollem Bewußtsein an seinen Sohn richtete, dann ist er ruhig eingeschlafen; ein Leben reich an Arbeit, aber auch reich an Erfolgen hatte geendet.

Schaffenskraft und Schaffensdrang vereinigten sich, um König zu dem zu machen, was er geworden ist. Dazu kam ein gütiges Geschick, was den jungen Arzt alsbald mit hervorragenden Männern in Berührung brachte. Als Assistent des erfahrenen Roser, als Freund des geistvollen Anatomen Henke schuf er sich in Marburg die Basis für seine späteren Arbeiten; sie haben mehr oder weniger alle eine feste anatomisch-physiologische Grundlage.

König's klinische und experimentelle Studien aus den sechziger Jahren (die perimetritischen Exsudate im Becken der Wöchnerinnen; über Lungenverletzungen; über die Behandlung der Asphyxie durch Kropf; über die Resektion des Kniegelenkes) erregten die Aufmerksamkeit akademischer Kreise; er wurde, bis dahin Chirurg des Krankenhauses in Hanau, 1869 Nachfolger Hueter's in Rostock.

Hier hat er glückliche Jahre verlebt, in jugendlicher Kraft gearbeitet und geschafft. Bald kam die große Zeit, als Deutschland den Erbfeind in blutigem Ringen niederwarf und als geeinigte Nation aus den Schlachtfeldern Frankreichs zurückkehrte.

Im Barackenlager auf dem Tempelhofer Felde brachte König den Winter zu. Die Machtlosigkeit der damaligen Chirurgie war ihm in erschreckender Weise durch den Tod zahlreicher tapferer Soldaten vor die Augen geführt; er kehrte nach Rostock zurück und fand dort die gleichen Verhältnisse.

Aber schon leuchtete das Morgenrot einer besseren Zeit. Die genialen Ideen Lister's eroberten die Welt. Bald gab König die offene Wundbehandlung auf und wurde ein begeisterter Anhänger der Antisepsis.

Nun galt es, diese Behandlungsmethode für alle Teile der Chirurgie zu verwerten; König schrieb das Lehrbuch der speziellen Chirurgie, das im Verein mit Volkmann's bekanntem Jahresberichte wohl am meisten zur allgemeinen Einführung des Lister'schen Verfahrens beigetragen hat.

Im Herbst 1875 wurde König Nachfolger Baum's in Göttingen. In dieser geographisch so günstig gelegenen Universität konnte er seine Kräfte voll entwickeln.

König gewann das Material für seine berühmten Arbeiten über die Tuberkulose der Knochen und Gelenke sowie des Bauchfells, über Osteochondritis dissecans, Blutergelenke usw.

Während fort und fort neue Auflagen des Lehrbuches geschaffen werden mußten, folgten zahlreiche Arbeiten aus allen möglichen Gebieten der Chirurgie; sie sollen hier als bekannt nicht aufgezählt werden.

Im Jahre 1880 übernahm König mit Volkmann und Richter die Redaktion des Zentralblattes für Chirurgie; 30 Jahre lang hat er mit Richter gewissermaßen über die deutsche Chirurgie gewacht, bald milde, bald derb, jedenfalls immer sachlich Kritik geübt.

Die Göttinger Zeit war die Glanzperiode seines Lebens und Schaffens; Göttingen bot ihm auch das, was seinen Neigungen, seiner Liebe zur Natur usw. am meisten entsprach.

Als Langenbeck 1882 abging, lehnte König aus Familienrücksichten den Lehrstuhl in der Ziegelstraße ab; 1898 kam Berlin wieder in Frage; er nahm an, weil er nicht wollte, daß die Stelle in der Charité in einer ihm ungenügend erscheinenden Weise besetzt würde.

Etwas wirkte auch wohl der Gedanke mit, das Werk seines Lebens durch die Erbauung der chirurgischen Klinik in der Charité zu krönen, nachdem er bei der Einrichtung der neuen Kliniken in Göttingen die nötigen Erfahrungen auf baulichem Gebiete gesammelt hatte. Dieses Ziel hat er erreicht; unter seiner Leitung ist der stolze Bau durchgeführt worden.

Leider, kann man wohl sagen, trieb eisernes Pflichtgefühl den schon alternden Mann, bis zur Erschöpfung zu arbeiten. Im Jahre 1904 erlahmte der durch schwere Krankheit geschädigte Organismus, König nahm seinen Abschied. Ruhe hat ihm derselbe nicht gebracht; im Gegenteil, diese Ruhe war ihm im höchsten Grade lästig, er wollte nicht ruhen. Das Messer hatte er fortgelegt, die Feder führte er weiter, um seine Erfahrungen im Interesse der Wissenschaft zu verwerten, bis der Tod seiner Arbeit ein Ziel setzte. Ehre dem Manne, dem Stolze der deutschen Chirurgie; möge das Andenken an ihn nie in der Ärztewelt erlöschen.

Riedel.

Inhalt.

Mitteilung.

Wir teilen hierdurch unseren Lesern mit, daß Herr Prof. Perthes in Tübingen an Stelle Geheimrat Franz König's die Leitung des Zentralblattes mit übernommen hat.

Garrè. Richter.
Johann Ambrosius Barth.

I.

Eröffnung neuer Abfuhrwege bei Stauung in Bauch und unteren Extremitäten.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

I.

Die endemische Form der Elephantiasis der Tropen ist mit der Entdeckung der Filaria sanguinis ätiologisch aufgeklärt.

Die bei uns vorkommende Form der Elephantiasis nostras stellt sich namentlich bei Pat. ein, bei denen wiederholtes Erysipelas, Phlebitis und Lymphangitis zu entzündlicher Obliteration der Lymphgefäße geführt, oder bei denen operative Ausräumung der Lymphdrüsen die Saftabfuhr unterbrochen haben. In diesem letzteren Falle kommt es jedoch glücklicherweise meist nur zu vorübergehendem Ödem oder einer chronischen Lymphstauung, bei der die zweite Hauptkomponente der Elephantiasis, die Bindegewebswucherung, fehlt.

Nicht jeder Fall von Elephantiasis ist aber ätiologisch abzuklären: So weist die Frau eines mir befreundeten Kollegen seit ihrer Mädchenzeit eine elephantiastische Verdickung ihrer rechten unteren Extremität auf, für deren Entstehung kein sicherer Anhaltspunkt gewonnen werden konnte.

Ebenso begann bei einem zweiten meiner Pat., dem 49jährigen de R., der am 19. März 1906 in meine Klinik aufgenommen wurde, ohne nachweisbare Ursache das rechte Bein vor 4 bis 5 Jahren ganz langsam und schmerzlos aufzu-

schwellen, bis diese Schwellung im Verlauf von 4 Jahren den Pat. an der Arbeit hinderte und erst jetzt teilweise arbeitsunfähig machte.

Zur Zeit, März 1906, war das ganze rechte Bein bis zum Trochanter empor so stark, säulenartig, geschwollen und die Haut so massig infiltriert, daß das Bild einer Elephantiasis vorlag, das klinisch demonstriert wurde. Wobei jedoch keine sekundären Veränderungen der Haut aufgetreten waren.

Nach 10tägiger Hochlagerung des rechten Beines war dasselbe erheblich abgeschwollen; der Umfang in der Mitte des rechten Oberschenkels noch um 8 cm größer als links, und nun wurde am 30. III. 1906 in Äthernarkose auf der Außenseite des rechten Oberschenkels in ganzer Länge eine Inzision gelegt, die Fascia lata gespalten und am hinteren Rande des M. vastus ext. auf den Knochen eingedrungen, das Periost breit zurückgehebelt und im unteren, mittleren und oberen Drittel des Femur durch je ein Bohrloch mit der Doyen'schen Fraise die Markhöhle eröffnet; dann wurden aus der Fascia lata schmale Streifen geschnitten, die jeweilen in jedes dieser Bohrlöcher eingeführt wurden, in der Erwartung, daß längs dieser Fascienstreifen ein Lymphkollateralkreislauf zustande käme. Die Inzision der Fascia lata wurde durch eine lange, unterbrochen fortlaufende Seidennaht geschlossen und zum Schluß noch mit der Cooper'schen Schere multiple kleine Drainöffnungen in die Fascia lata gelegt, um einer Lymphableitung in die Muskulatur Vorschub zu leisten. Fortlaufende Hautnaht. Kollodialstreifen.

Am 11. IV. 1906 wurde Pat. p. p. geheilt aus dem Spital entlassen und berichtete 1 Jahr später, daß er geheilt sei.

3 Jahre nach der Operation, am 17. Mai 1909 ergab die Nachuntersuchung das folgende Resultat: Während der Pat. vor der Operation jeweilen seine Arbeit um 3 Uhr aufgeben und sich niederlegen mußte, weil er nicht mehr stehen konnte, trat im unmittelbaren Anschluß an die Operation ausgesprochene Besserung auf: Pat. konnte gleich den ganzen Tag bei seiner Arbeit verbleiben ohne Ermüdung, und jetzt, nachmittags 4 Uhr, nachdem Pat. den ganzen Tag gearbeitet, ist bei der Inspektion kein wesentlicher Unterschied zwischen rechtem und linkem Oberschenkel mehr wahrzunehmen; wohl aber ist palpatorisch die Haut des rechten Oberschenkels etwas fester, eine aufgehobene Hautfalte etwas dicker als links. Oberschenkelumfang in der Mitte rechts 48, links $44^1/_2$ cm; 10 cm über der Kniegelenkslinie gemessen rechts 37, links 36 cm; 10 cm unterhalb rechts 36, links $32^1/_2$ cm.

Die Narbe, die sich vom Trochanter bis beinahe zum Kniegelenk hinab erstreckt, ist lineär, frei verschieblich; eine Muskelhernie ist nicht aufgetreten.

Ich habe mit dieser Operation das Ziel ins Auge gefaßt, einen Lymphkollateralkreislauf zu schaffen, indem ich mir vorstellte, die subkutanen Lymphgefäße abzuleiten in die intramuskulären, subperiostalen und in das Lymphmaschennetz der Markhöhle. Nicht unmöglich wäre es aber auch, daß die in ganzer Länge des Oberschenkels liegende Seidennaht im Sinne der von Handley (Lancet 1908, März 14) seither empfohlenen Fadendrainage wirkt.

Eine Schwalbe macht keinen Sommer, und so dachte ich, das glückliche Operationsresultat an weiteren Fällen von Elephantiasis zu prüfen, diese Lymphangioplastik eventuell weiter auszubauen oder zu vereinfachen. Da mir aber in den 5 seit der Operation verflossenen Jahren kein weiterer Fall von Elephantiasis zur Operation kam, erfolgt hier diese kurze Notiz.

Das Kardinale der Operation ist wohl die Lymphanastomose zwischen dem Hautsystem und dem Lymphgebiete der Muskulatur; denn die Fascia lata ist eine absolute Barrière für die Lymphbahnen.

Das Knochenmark weist eine verhältnismäßig geringe Lymphzirkulation auf; die Lymphe geht von da durch die Havers'schen Kanäle nach Periost und Muskulatur.

Daß ein Kollateralkreislauf längs der Vasa nutricia zustande gekommen, ist möglich, aber jedenfalls nicht von größerer Bedeutung; denn die Vasa nutricia sind nicht von belangreichen Lymphgefäßen begleitet.

Noch weniger denkbar ist es, daß der Lymphstrom von der Markhöhle in die Epiphyse und durch das Lig. teres abgeleitet wurde. Beim Kinde ist dies jedenfalls nach Mitteilungen, die ich Kollegen Bolk verdanke, völlig ausgeschlossen, da die epiphysäre Knorpelscheibe jede Kommunikation ausschließt.

Es wäre in der Folge zu versuchen, ob das Einkerben oder das Anlegen multipler kleiner Drainageöffnungen in der Fascia lata und Einführen von Fascienzipfeln, wie ich es getan, oder von Fäden, wie sie Handley subkutan eingelegt, nicht genügt. Wenn ja, so würde damit bewiesen sein, daß die Eröffnung des Knochenmarks überflüssig ist. — Wohl aber könnte das Umgekehrte: — bei Lymphstauungen im Knochenmark oder sklerotischen Vorgängen des Knochens die Trepanation der Markhöhle vorzunehmen — einmal von Nutzen sein.

Wäre der Effekt im vorliegenden Falle ein ungenügender gewesen, so würde ich keine Bedenken getragen haben, das krurale Lymphgefäßnetz mit den reichen Lymphgefäßen des Samenstranges in Verbindung zu bringen durch teilweise Verlegung des Samenstranges, d. h. Testikel mit Vas deferens und Vasa deferentialia würden im Scrotum gelassen, der übrige Samenstrang nach der Fossa ovalis hinunter verlagert.

II.

Aus dem städtischen Krankenhause in Genua.

Nervenüberpflanzung von der einen Seite auf die entgegengesetzte.

Von

Prof. Dario Maragliano,
leitender Chirurg.

Mit dieser Überschrift benenne ich die Art und Weise, wie man vorgeht, um auf einen auf einer Seite gelähmten Nerven den entsprechenden gesunden Nerven der anderen Körperseite oder einen Teil desselben zu überpflanzen. Das Verfahren einer solchen Nervenüberpflanzung war zwar schon experimentell an Tieren von Bethe, Alexinsky und von Alessandrini versucht worden, aber, wenigstens soviel ich aus der Literatur habe erfahren können, noch nie am Menschen ausgeführt.

Hier habe ich mit Erfolg zum erstenmal in dem Falle, den ich kurz bespreche, die Überpflanzung eines Zweiges des linken Cruralnerven auf den vollständig gelähmten ganzen rechten Cruralnerven ausgeführt.

Im Mai 1909 wurde mir das 2jährige Kind Efisio P. zur Behandlung übergeben, das 11 Monate vorher von einer schweren Poliomyelitis ant. befallen worden war, welche eine fast gänzliche Lähmung der rechten unteren Extremität zur Folge hatte. Trotz einer strengen anpassenden Behandlung gingen die paralytischen Erscheinungen nur wenig zurück.

Bei der Untersuchung ergab sich folgender Zustand:

Das rechte Bein ist auffallend atrophisch, an der Hüfte ist Schlottergelenk vorhanden, das Bein hängt wie leblos am Rumpf herunter. Es herrscht vollständige Lähmung mit degenerativer elektrischer Reaktion in den vom Cruralis und Obturatorius innervierten Muskeln. Ebenso besteht sehr ausgesprochene Parese im Gebiete des Ischiadicus. Das Kind kann das Bein nicht beugen, der Fuß befindet sich in Equinovarusstellung, die auf vollständige Lähmung des Popliteus ext. deutet; nur der Ischiadicus poplit. int. befindet sich in ziemlich gutem Zustande. Die einzige mögliche willkürliche Bewegung der ganzen unteren rechten Extremität ist die Plantarflexion des Fußes und der Zehen.

Ich blieb ein wenig in Verlegenheit, als ich berufen wurde, um diesem Gliede ein wenig Leben beizubringen. Es graute mir, ohne weiteres zu einer Arthrodese vorzugehen, die ich in den drei Gelenken der Hüfte, des Knies und des Fußes hätte ausführen müssen, um das Gehen zu ermöglichen.

An eine Sehnenüberpflanzung konnte ich nicht denken wegen der schweren Parese der Flexoren des Oberschenkels, weniger noch an eine Überpflanzung eines Teiles des N. ischiadicus auf den N. cruralis.

Da kam mir der Gedanke, einen Teil des gesunden linken Cruralis auf den rechten gelähmten zu übertragen. Der M. quadriceps cruris wird von vier Zweigen des N. cruralis besorgt, die fast immer gut individualisiert sind. — Beim Benutzen des Zweiges, der zum Vastus medius geht (der am wenigsten wichtige unter den Quadricepsmuskeln) war ich sicher, dem Kranken nicht zu schaden, weil die Streckfähigkeit des gesunden Beines erhalten blieb.

Am 19. Mai 1909 führte ich die Operation in Chloroformnarkose aus. Mittels eines Schnittes längs des inneren Randes des Sartorius von der Arcata cruralis aus, präparierte ich die Zweige des linken N. cruralis, und nachdem ich mittels der anatomischen Angaben und des elektrischen Stromes den Zweig des Vastus medius erkannt hatte, legte ich ihn unten an dem Punkte, wo er in den Muskel eintritt, frei und präparierte ihn bis zum Ligamentum Pouparti hin. Dann isolierte ich rechts den ganzen N. cruralis, und nachdem ich mich versichert hatte, daß derselbe, auch durch einen starken Strom direkt gereizt, nicht reagierte, schnitt ich ihn vollständig, 1 cm oberhalb des Ligamentum Pouparti durch. Darauf zog ich durch einen Tunnel, den ich durch das subkutane Gewebe der Regio suprapubica durchbohrte, den isolierten Zweig des linken N. cruralis und nähte denselben mit dünnstem Catgut an den ganzen peripheren Stumpf des rechten Cruralis.

Die Wunde heilte vorzüglich per primam; der nachherige Verlauf wurde durch einen Unfall gestört, weil das Kind im Oktober 1909 sich den Oberschenkel brach, der bei der Behandlung außerhalb des Krankenhauses, mit einer leichten Verkürzung heilte.

Trotzdem ist das Resultat folgendes: Das Kind kann heute vollständig und ziemlich kräftig den Unterschenkel gegen den Oberschenkel strecken[1]. — Daß ein solches Resultat ausschließlich diesem Verfahren zu verdanken ist, kann aus folgenden Gründen nicht bezweifelt werden.

1) Bevor das Kind das rechte Bein ausstreckt, setzt es den linken Quadriceps in starke Kontraktion. Es existiert Assoziation der Kontraktion, aber nicht der Bewegungen, weil das Kind das rechte Bein ausstrecken kann, indem es das linke gebeugt behält.

---

[1] Das Kind wurde auf dem medizinischen Kongreß von Oberitalien (Genua, 3. bis 6. XI. 1910) vorgestellt.

2) Die faradische Reizung des linken Cruralnerven in der Höhe des Ligamentum Pouparti verursacht eine deutliche Kontraktion sowohl des linken Quadriceps wie auch des rechten.

3) Wenn man die faradische Reizung in der Mitte der suprapubischen Gegend anbringt, so hat man eine Kontraktion nur des rechten Quadriceps.

Dies ist bis jetzt, nach meinem Wissen, der einzige Überpflanzungsfall von der einen auf die entgegengesetzte Seite, der am Menschen ausgeführt worden ist; derselbe ist besonders interessant wegen des erhaltenen Resultats, das wie folgt zusammengefaßt werden kann:

Wiedergabe der vollständigen und autonomen Streckung des Unterschenkels gegen den Oberschenkel, was noch nicht mit Überpflanzungen des Ischiadicus oder des Obturatorius derselben Seite erreicht worden ist.

III.

Zur Radikaloperation der Schenkelhernie.

Von

A. Hammesfahr in Bonn.

Eine große Zahl der Vorschläge, die einen Verschluß der Schenkelbruchpforte bezwecken, sucht das durch eine feste Vereinigung des Lig. Poup. mit dem horizontalen Schambeinaste zu erreichen. Damit die dazu gebrauchten Fäden am Schambeinast einen genügenden Halt hatten, bohrte ich nach einem Verfahren, das ich im Jahre 1904 in diesem Zentralblatt beschrieben habe, mehrere Löcher und später nur ein Loch in den Schambeinast dicht unterhalb der Crista und führte durch dieses Loch den Doppelfaden hindurch. Die Anlegung der Bohrlöcher war aber, besonders bei fetten Leuten, recht schwierig. Gelpke-Liestal hat dann vorgeschlagen, den Faden um den Schambeinast herum durch das Foramen obturatorium zu führen. Ich bin dem Vorschlag gefolgt und habe seitdem manche Cruralhernie in dieser Weise und mit gutem Erfolg operiert. Das Herumführen des Fadens um den Schambeinast ist allerdings auch nicht ganz einfach, und es gelingt selbst dann, wenn der Knochen durch Abtrennung des Musc. pectineus gut freigelegt ist, nur mit manchmal großen Schwierigkeiten. Diesen Akt der Operation glaube ich nun erheblich einfacher gestaltet zu haben durch die Anwendung einer modifizierten, diesem besonderen Zweck angepaßten Deschamps-schen Nadel. Bei der gewöhnlichen Unterbindungsnadel, bei der der armierte Arm recht- oder stumpfwinklig abgebogen ist, gerät dieser Arm beim Heben des Schaftes so aus der Sagittalebene heraus, daß seine Spitze hinter dem Knochen verschwindet — je nach der Stellung des Operateurs zum Pat. —, entweder hinter der Symphyse oder hinter dem lateralen Teil des horizontalen Schambeinastes. Die Spitze der Nadel und der Faden sind dann schwer erreichbar, und man verliert Geduld und Zeit. Ich habe deshalb die Nadel (bei Eschbaum in Bonn) so umändern lassen, daß der Teil der Nadel, der das Öhr trägt, in einem Winkel von 70—75°, also spitzwinklig abgeht. Die mit dem Faden bewaffnete Spitze dieser Nadel verfängt sich nicht hinter dem Knochen, sondern gleitet leicht um den horizontalen Schambeinast herum und kommt so weit heraus, daß der Faden leicht zu fassen ist. Zu beachten ist, daß man in leichter Beckenhochlagerung operiert und zum Herumführen der Nadel auch bei der linksseitigen Hernie auf die rechte Seite des Kranken tritt. Man nimmt am besten einen Doppelfaden

aus starkem Jodcatgut, durchsticht das Lig. Poup. an zwei Stellen und knotet nun so fest, daß das Ligament fest auf den horizontalen Schambeinast zu liegen kommt. Dann ist die Bruchpforte verschlossen und der Ansatzpunkt des Ligaments lateralwärts verlagert. Die Vene gerät in einige Bedrängnis, sie nimmt das aber nicht übel, wenn man ihr mit dem lateralen Faden nicht zu nahe tritt.

IV.

Neue Behandlungsmethode des subungualen Hämatoms.

Von

Dr. Géza v. Lobmayer,
Operateur in Budapest.

Die Aufgabe des Arztes ist nicht nur, die Heilung einer Krankheit zu befördern, sondern wenn ihm mehrere Wege zur Erreichung dieses Zieles zu Gebote stehen, denjenigen zu wählen, der am frühesten die Arbeitsfähigkeit des Kranken wieder herstellt.

Eine bei der Arbeiterklasse sehr häufige und schmerzhafte Unfallserkrankung ist das subunguale Hämatom, welches die Verletzten für mehrere Tage (im Durchschnitt 8—10 Tage) arbeitsunfähig macht. Der Grund hierfür liegt zum Teil in den bisher üblichen Behandlungsmethoden. Mir bekannt sind folgende: Bei der distalen Lage des Hämatoms wurde der Nagel gelüftet und das Blutextravasat auf diese Weise entleert. Lag es mehr zentralwärts, so machten wir einen bogenförmigen Schnitt parallel mit dem freien Rande des Nagelbettes. Die am meisten übliche Methode jedoch war die Totalentfernung des Nagels. Alle diese Methoden hatten den Nachteil, daß sie in Lokalanästhesie gemacht wurden, daß sie eine frische Verwundung beibrachten, und daß im Falle der Entfernung des Nagels das sehr empfindliche freie Nagelbett zurückblieb, welches hauptsächlich die Arbeitsunfähigkeit verursachte. Außerdem ist beiläufig $^1/_3$ der Fälle mit dem Bruch der Endphalange kompliziert.

Um alle diese Nachteile zu umgehen, konstruierte ich eine kleine Trepankrone — ähnlich der alten zur Schädeltrepanation gebräuchlichen, doch ohne Dorn — von 2 mm Durchmesser, die in die zahnärztliche Bohrmaschine oder auch in einen Handbohrer eingefügt werden kann. Ich trepaniere hiermit den vorher mit Jodtinktur bestrichenen Nagel über dem Hämatom. Lokalanästhesie ist hierzu unnötig. Die Schmerzen lassen sofort nach, nachdem das Hämatom sich durch die angelegte Öffnung entleert hat. Mit einer in Sublimatlösung getauchten Binde komprimiere ich leicht den Finger für einen Tag. Bisher wandte ich die Methode in beiläufig 40 Fällen an. Der Nagel blieb in jedem Falle am Finger fest, und die Verletzten waren in 3—4 Tagen wieder arbeitsfähig.

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

189. Sitzung, den 14. November 1910.

Vorsitzender: Herr J. Israel.

Herr Axhausen: Kritisches und Experimentelles zur Genese der Arthritis deformans.

A. unterzieht die jüngst von Wollenberg aufgestellte »vaskuläre Theorie« der Arthritis deformans einer sorgfältigen Kritik. Wollenberg nimmt an, daß

die markanten histologischen Vorgänge bei der Arthr. deform. als Folgeerscheinungen eines Mißverhältnisses zwischen arteriellem Zustrom und venösem Abfluß und einer dadurch bedingten abwechselnden Über- und Unterernährung aufzufassen sind. A. hebt hervor, daß erstlich die Annahme der Existenz solcher Zirkulationsstörungen histologisch durchaus nicht ausreichend gestützt ist, und daß ferner selbst unter der Annahme, daß sie existieren, die Folgeerscheinungen, die Wollenberg ihnen zuschreibt, ihnen nach unseren heutigen knochenpathologischen Kenntnissen nicht zukommen können. Insbesondere weist A. darauf hin, daß verschiedene grundlegende Vorstellungen Wollenberg's, die auf Ziegler zurückgehen, nach unseren jetzigen histologischen Kenntnissen nicht mehr aufrecht zu erhalten sind.

Des Weiteren weist A. die Beweiskraft der experimentellen Stütze, die Wollenberg seiner Lehre zu geben versucht hat, auf Grund eigener Versuche zurück. Wenn Wollenberg durch die Ausschaltung der Zirkulation einer Patella (durch Umnähung mit Seidennähten) in einem untersuchten Falle Knochenwucherungen in der Umgebung auffand, so betont A., daß bei einer gelungenen Ausschaltung der gesamten Zirkulation die umnähte Patella sich genau so wie eine replantierte bzw. transplantierte verhalten müsse, woraus sich ergibt, daß eine hierbei nach den Gesetzen der Transplantation notwendigerweise erfolgende, periostale Knochenneubildung in keiner Weise für die von Wollenberg behauptete Genese der Arthr. deform. in Betracht kommt. Demgemäß hat A. in einer von ihm und Dr. Pels-Baltimore angestellten Versuchsreihe Knochen- und Knorpelwucherungsvorgänge immer nur in den Fällen feststellen können, wo auch die Nekrose der umnähten Patella offenkundig war, während in allen anderen Fällen weder Nekrose noch Knochenwucherungen auftraten.

Die Theorie Wollenberg's ist danach weder nach ihrer histologischen, noch nach ihrer experimentellen Seite hin als genügend gestützt zu erachten.

Im zweiten Teile weist A. auf die Bedeutung der einfachen (aseptischen, nicht infizierten) Knochen- und Knorpelnekrose hin, die nach seiner Ansicht für die Genese der Arthr. deform. eine bedeutsame Rolle spielt. Durch ausgedehnte histologische und experimentelle Untersuchungen hat A. in der Ergänzung seiner Transplantationsversuche feststellen können, daß die einfache Knochennekrose, die überhaupt heutzutage eine viel zu geringe Beachtung erfährt und die höchst irriger Weise immer wieder mit der infizierten, zur Sequestrierung führenden Knochenekrose identifiziert wird, einen gewaltigen Reiz auf die umgebenden ossifikationsfähigen Organe und ganz besonders auf benachbartes lebendes Periost ausübt, das bestrebt ist, das Tote mit lebendem Knochengewebe zu decken und durch Lebendes zu substituieren. Er weist auf einige sprechende Beispiele hin, in denen die Unkenntnis der Existenz und der Folgeerscheinungen der einfachen Knochennekrose zu irren Deutungen Veranlassung gab.

Da nun herdförmige Knochennekrosen auch bei der Arthr. deform. bekannt sind, glaubt A. annehmen zu müssen, daß auch hier der Knochenbildungsreiz der Nekrose für manche der festgestellten Erscheinungen verantwortlich zu machen ist (z. B. Sklerose, Randosteophyten), um so mehr, als er auch für das Knorpelgewebe ähnliche Gesetze feststellen konnte. Durch experimentelle Erzeugung partieller Nekrosen entstehen ausgesprochene Wucherungsvorgänge in dem benachbarten lebengebliebenen Knorpel. Ein weiteres Studium der in der Umgebung solcher partieller Knorpelnekrosen sich abspielenden Vorgänge deckte eine solche Ähnlichkeit der histologischen Bilder mit denen auf, die bei der Arthr. deform. seit langem bekannt sind, daß an einen Zusammenhang der letzteren mit der bei

Arthr. deform. ebenfalls festgestellten Knorpelnekrose kaum zu zweifeln ist. A. ist der Ansicht, daß mit dem weiteren Studium der Folgeerscheinungen der aseptischen Knochen- und Knorpelnekrose ein tieferer Einblick in das Wesen der bei der Arthr. deform. sich abspielenden Prozesse möglich sein wird.

Herr J. Israel: Fieber bei malignen Nieren- und Nebennierentumoren.

I. lenkt die Aufmerksamkeit auf die wenig bekannte Tatsache, daß maligne Nieren- und Nebennierentumoren, unabhängig von irgendwelchen fiebererzeugenden Komplikationen, fieberhaft verlaufen können. Die Tatsache hat besonders dann eine praktisch diagnostische Bedeutung, wenn das Fieber die einzige Manifestation eines sonst latent verlaufenden Tumors darstellt. Bei Unkenntnis des Tumorfiebers sind dann Verwechslungen mit Malaria oder latenter Tuberkulose möglich. Angaben in der Literatur darüber fehlen entweder oder sind sehr dürftig; der Grund dafür liegt nicht in der Seltenheit des Phänomens, sondern in ungenügender Anamnese oder Verkennung der Fieberursache oder zu kurzer Beobachtungsdauer zwischen Aufnahme und Operation.

I. hat 18 dahingehende Beobachtungen gemacht; davon sind 12 operiert worden. Da er 146 maligne Nieren- und Nebennierentumoren exstirpiert hat, beträgt die Zahl der Fieberhaften unter den Operierten 8,2%. Bezüglich der Periode des Auftretens unterscheidet I.:

1) Das finale Fieber, das im Stadium der Kachexie und der Metastasen auftritt.

2) Das initiale Fieber, welches bei Latenz des Tumors das einzige Symptom darstellen kann oder zugleich mit dem ersten Anzeichen der Geschwulst in die Erscheinung tritt.

3) Das interkurrente Fieber, welches zu irgendeiner Zeit im Verlaufe der Krankheit ein- oder mehrmals erscheinen kann.

Was den Gang des Fiebers betrifft, so kann man neben regellosem Verhalten drei Typen unterscheiden:

1) Das intermittierende bzw. remittierende Fieber, ein Abbild der Hektika der Phthisiker.

2) Das dem Rückfallfieber ähnliche, bei dem afebrile und hochfebrile Perioden abwechseln.

3) Der hämaturische Typus, bei dem entweder eine Fieberperiode der jedesmaligen Nierenblutung vorangeht und mit dem Eintreten dieser verschwindet, oder die jedesmalige Fieberung eingeleitet wird von einer Blutung.

Was den Einfluß der Operation anlangt, so fiel bei fünf das Fieber sofort nach der Nephrektomie zur Norm. Bei zweien blieb die Entfieberung aus, weil einmal maligne Lymphdrüsenpakete, ein anderes Mal ein Geschwulstthrombus der Vena renalis zurückgelassen werden mußte, der sich bis in die Vena cava erstreckte. Die fünf anderen Fälle sind für diese Frage nicht zu verwerten, da zwei der Operation sofort erlagen, drei zur Zeit der Operation nicht fieberhaft waren. — Bei manchen Operierten tritt nach vielmonatlicher Fieberlosigkeit wieder Fieber auf, wenn zurückgelassene Geschwulstreste wachsen oder Metastasen auftreten. Alle diese Momente lassen keinen Zweifel darüber zu, daß das Fieber von der Neubildung abhängt.

Welches die fiebererregende Noxe ist, weiß man noch nicht. Zersetzungsprozesse durch Bakterien, die vielleicht bei Magen-, Darm- und Uterustumoren bisweilen eine Rolle spielen, kommen bei unseren ganz aseptischen Nieren- und Nebennierentumoren nicht in Betracht. Nekrobiosen können auch nicht die

Schuld tragen; da sie fast bei allen malignen Tumoren vorkommen, ohne Fieber zu erzeugen. Ebenso wenig spielt die histologische Beschaffenheit eine Rolle, da unter unseren Tumoren Karzinome, Sarkome, Hypernephrome, Endothelgeschwülste vorhanden sind. Allen gemeinsam ist nur die Malignität, und in dieser muß die Ursache des Fiebers gesucht werden, also entweder in der Wucherung der Tumorzellen, oder in der Destruktion der normalen Gewebe. Ersteres ist aus vielen Gründen das Wahrscheinlichere.

Diskussion. Herr Hildebrandt bestätigt die Israel'schen Beobachtungen durch ähnliche Beobachtungen, welche er wiederholt bei geschlossenen Sarkomen der langen Röhrenknochen gemacht hat.

Herr Karewski hat Fieber in zwei Fällen abgekapselter Nierentumoren beobachtet; er zeigt das Präparat eines kürzlich operierten Nierensarkoms.

Herr Israel: Primäre Aktinomykose der Niere.

Von primären Nierenaktinomykosen, d. h. solchen, bei denen keine andere Lokalisation nachweisbar ist, sind bisher nur drei beschrieben, einer von I. 1899, einer von Neumann aus dem Friedrichshain, einer von Earl als Sektionsbefund neben einer aktinomykotischen Hirngeschwulst.

I. sah kürzlich einen vierten bei einer 60jährigen Landwirtsfrau, die im September 1909 fieberhaft mit Schmerzen in der Gegend der linken untersten Rippen erkrankt war, und bei der sich schließlich eine tiefliegende diffuse Resistenz in der Gegend der linken Niere entwickelte. Es wurde eine eitrige Perinephritis angenommen. Die lumbo-abdominale Inzision ergab schwartige Veränderung der glatten Bauchmuskeln und unter ihnen eine mit Eiter und Aktinomyceskörnern erfüllte perinephritische Höhle, deren mediane Wand von der dorsalen Hälfte der Fettkapsel gebildet wurde. An der ventralen Fläche der Niere, an der Grenze des oberen und mittleren Drittels, fand sich eine harte Prominenz. Exstirpation der Niere. Pat. ist bis auf eine feine Fistel geheilt, die jetzt — 10 Monate nach der Operation — noch besteht. Die obere Hälfte der Niere ist von einem pflaumengroßen Aktinomykom der Marksubstanz eingenommen.

I. ist der Meinung, daß es sich bei primärer Nierenaktinomykose um eine Ausscheidungsmykose wie bei der primären Nierentuberkulose handelt; auch in bezug auf die Lokalisation dieser primären Aktinomykose besteht vielleicht mit der primären chronischen Tuberkulose insofern eine Ähnlichkeit, als sie sich ebenfalls vielleicht zunächst in der Marksubstanz lokalisiert. Die früher beobachteten Fälle waren zu weit vorgeschritten, um darüber ein Urteil zu ermöglichen. In I.'s letztem Falle aber war nur die Marksubstanz ergriffen; die älteren Herde waren der Papille näher als die jüngeren.

Diskussion. Herr Neumann berichtet, daß sein Fall ohne Fistelbildung geheilt geblieben ist.

Herr A. Israel: Zur Serodiagnose der Echinokokken.

Nach einem Überblick über die Entwicklung und Bedeutung der Komplementbindungsmethode bespricht I. besonders die Technik ihrer Anwendung auf die Serodiagnose der Echinokokken. Es gelang ihm bei zwei von J. Israel, bzw. A. Bier operierten Fällen von Leber- bzw. Bauchhöhlenechinokokkus im Serum der Kranken spezifische komplementbindende Substanzen nachzuweisen. Als Antigen benutzte I. nach dem Vorgang von Ghedini Hydatidenflüssigkeit, und zwar die der entfernten Cysten, wäßrige und alkoholische Auszüge aus den Echinokokkusmembranen, außerdem den flüssigen Blaseninhalt von Hammel- und Rinderechinokokken. I. erhielt jedesmal positive Resultate, doch ergab das Serum des zweiten Kranken keine Komplementbindung mit der Hydatiden-

flüssigkeit der eigenen operativ entleerten Cyste, nur eine Verlangsamung der Hämolyse, dagegen vollständige Hemmung mit wäßrigem Echinokokkenextrakt derselben Blase. Die Cystenflüssigkeit scheint also in unkonzentrierter Form wenigstens an spezifischen Stoffen zuweilen ärmer als die künstlichen Extrakte, und daher diesen als wirksames Antigen unterlegen zu sein. Die Möglichkeit, zu diesem Zwecke brauchbare alkoholische Auszüge zu gewinnen, weist event. auf spezifisch lipoide Substanzen im Parasiten hin. Ein Versuch, entsprechend den Angaben Curt Meyer's einen dem Echinokokkus nahestehenden Parasiten, den Botriocephalus, zu benutzen, führte zu einem negativen Resultat.

Herr Cahn: Benigne Epithelheterotopie als Ursache eines Mastdarmtumors.

Bei einer 40jährigen Frau wurde wegen eines der vorderen Mastdarmwand angehörenden, halbkugelig prominierenden und mit intakter Schleimhaut bedeckten Tumors von Kastaniengröße die Resektion des Mastdarms ausgeführt.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab das Bild einer benignen Epithelheterotopie. Den Hauptbestandteil des Tumors machten die hyperplastischen Schichten der Muskulatur und des Bindegewebes aus. In diese Schichten war eine Anzahl von Hohlräumen verschiedenster Form eingelagert, die alle von einer einschichtigen Lage hoher Zylinderzellen mit stäbchenförmigen Kernen in pallisadenartiger Anordnung ausgekleidet waren. Es fanden sich auch Becherzellen darunter, so daß es sich zweifellos um Darmepithel handelte. Diese epithelialen Räume zeigten vielfachen Zusammenhang mit der Schleimhautoberfläche und erstreckten sich als ein zusammenhängendes System durch alle Schichten der Darmwand. Von der Drüsenschicht der Schleimhaut ihren Ursprung nehmend, durchsetzt diese adenomartige Wucherung die Submucosa, alsdann die Interstitien der Muscularis und breitet sich jenseits derselben in dem fibrös verdickten Bindegewebe längs der Gefäße aus.

Die Ätiologie dieser Epithelheterotopie ist eine entzündliche. Dafür sprechen: Mäntel eines zellreichen Bindegewebes, die die epithelialen Räume überall umhüllen und verschiedene Stadien eines entzündlichen Granulationsgewebes darstellen. Dieses Granulationsgewebe hat seinen Ausgangspunkt in der Schleimhaut, dringt von dort in die Submucosa und von hier perivaskulär durch die Muskulatur hindurch bis tief ins periproktale Bindegewebe. In dieses Granulationsgewebe dringen die Epithelien der Darmdrüsen, indem sie es als vorgeschriebene Bahn benutzen. Das entzündliche Bindegewebe wuchert zu den zelligen Mänteln, die die Epithelbahn allenthalben begleiten. So ist es auch erklärlich, daß sich die Epithelwucherung längs der Gefäße ausbreitet.

Der Unterschied zwischen einer solchen benignen Epithelheterotopie und Karzinom, dem ebenfalls eine Epithelheterotopie eigentümlich ist, besteht in folgendem:

1) Die Heterotopie ist beim Karzinom Folge aktiver, destruierender Wucherung, bei der heterotopischen Epithelwucherung die Folge passiver Verlagerung oder Verzerrung.

2) Bei der heterotopischen Epithelwucherung sind die Epithelien in Struktur und Form meist ganz unverändert, beim Karzinom sind Abweichungen von der Form der Epithelien des Mutterbodens etwas Gewöhnliches.

3) Beim Karzinom wird die Hauptmasse des Tumors vom Epithelgewebe gebildet während bei der benignen Epithelheterotopie der Tumor im wesentlichen aus hyperplastischem Organgewebe besteht, in dem die epithelialen Elemente nur in relativ spärlicher Menge eingelagert sind.

Ob eine heterotope Epithelwucherung in Karzinom übergehen kann, ist nicht festgestellt. Beide Prozesse können in demselben Organ räumlich voneinander getrennt vorkommen. R. Wolff (Berlin).

---

2) Ziemann. Zur Kasuistik der Geschwulstbildungen bei den Negern Kameruns. (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene Bd. XIV. Hft. 21. 1910. November.)

3) Külz. Beitrag zu den Geschwulstbildungen der westafrikanischen Neger. (Ibid. Bd. XIV. Hft. 21. 1910.)

Während bei den Negerrassen bösartige Geschwülste, namentlich Karzinome, zu den größten Seltenheiten gehören, trifft man die verschiedensten gutartigen Geschwülste in so allgemeiner Verbreitung unter ihnen an, daß man berechtigt ist, von einer Neigung des Negers zur Geschwulstbildung zu sprechen. K. unterscheidet ätiologisch drei Gruppen: solche, die auf äußere traumatische Reize hin entstehen, solche, die parasitären Ursprungs sind, endlich spontan entstehende, d. h. in ihrer Ätiologie unaufgeklärte, sehr häufig multiple, bisweilen in symmetrischer Anordnung auftretende Neubildungen. Zur ersten Gruppe gehören besonders Keloide. Am Ohrläppchen beobachtete K. auf den Reiz der Durchbohrung zurückzuführende keloidähnliche Bildungen, die sich, operativ beseitigt, als harte Fibrome erwiesen. Bei anderen, ähnlichen Geschwülsten des Ohres war indes eine solche Durchbohrung sicher nicht vorgenommen. Zur zweiten Gruppe gehören Filariengeschwülste, Elephantiasis, Leprome. Am häufigsten sind unter der dritten Gruppe Fibrome, Lipome und Fibrolipome (Z.). Osteome und Dermoide kommen vor. Sarkome, besonders der Knochen, gehören nicht zu den größten Seltenheiten.

Dem Verständnis der gesteigerten Neigung der Neger zu hyperplastischen und neoplastischen Gewebsneubildungen wird man vielleicht näher kommen, wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Naturvölker wohl ganz im allgemeinen — so lange sie nicht der Degeneration verfallen sind — sowohl eine höhere Reaktionskraft auf äußere Reize, als ein stärkeres Regenerationsvermögen im Vergleich zu uns besitzen, wie es sich in der üppigeren Granulationsbildung, in dem größeren Heilbestreben von Wunden, in der größeren Fähigkeit der Lokalisierung von septischen Erkrankungen usw. zeigt. Erfährt diese Eigenschaft eine weitere Steigerung, so tritt sie als erhöhte Disposition zur pathologischen Neubildung von Gewebselementen in Erscheinung. zur Verth (Wilhelmshaven).

---

4) E. F. Neve. One cause of cancer as illustrated by epithelioma in Kashmir. (Brit. med. journ. 1910. September 3.)

Im Kaschmir-Missionskrankenhaus waren unter 4902 in 25 Jahren operierten Geschwülsten 1720 bösartig, davon 1189 Epitheliome, und unter diesen 848 an den Schenkeln oder am Bauch. Die auffällige Vorliebe der Geschwulst für diese Örtlichkeiten wird erklärt durch die Landessitte, einen Feuerkorb unter den Kleidern auf dem Bauche zu tragen. Beim Sitzen lehnt sich dieser Korb an die Innenseite der Schenkel und an den Bauch an. Diese Stellen sowie die Brust und die Waden sind dem Hitzereiz ausgesetzt. Daher sind sie der bevorzugte Sitz für die Epitheliome. Sie entwickeln sich häufig aus den vorausgehenden Brandnarben, aus Wucherungen, Ekzemen, trockenen Schuppenpigmentflecken, hornigen Massen und Narbenverdickungen, in deren Grund bisweilen der Übergang zum Epitheliom nachweisbar ist. Die Drüsen werden spät befallen. Frühzeitige und gründliche

Entfernung mit Ausräumung der entsprechenden Drüsen bringt meistens Dauerheilung. Verf. schätzt die Zahl der Rückfälle auf 20%. Der Kangrikrebs ist eine starke Stütze für die Reiztheorie, denn er verdankt seine Entstehung unzweifelhaft dem beständigen Reiz der Hitze. Weber (Dresden).

---

5) **P. F. Foran. Bemerkungen über Filariasis im Ikotekpenedistrikt in Südnigeria.** (Journ. of tropic. med. and hyg. Bd. XIII. Hft. 4. 1910.)

Eingeborene des in der Überschrift genannten Distriktes zeigten im Tageblut Microfilaria loa zu $12^1/_2\%$, Microfilaria perstans zu 9%, im Nachtblut Microfilaria Bancroft 3% und perstans $8^1/_2\%$. Nahezu alle mit Microfilaria loa berichteten über Kalabarbeulen und die Erscheinungen der Filaria loa im Auge.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

6) **W. Renner. The spread of cancer among the descendants of the liberated africans or creoles of Sierra Leone.** (Brit. med. journ. 1910. September 3.)

Unter den Eingeborenen der Kolonie und ihres Hinterlandes ist der Krebs eine sehr seltene Krankheit. Er wird überhaupt nie angetroffen, aber R. hütet sich, die Bevölkerung deswegen etwa für immun gegen Krebs zu erklären, weil man nicht genügend unterrichtet ist, ob und wieviel Krebskranke vor dem die Aufsicht führenden Arzte geheim gehalten werden. Im Gegensatz dazu hat sich unter den sogenannten Kreolen, den Abkömmlingen der freigelassenen Sklaven, der Krebs in den letzten 40 Jahren nachweisbar ausgebreitet. Von 1870—1900 fanden sich unter 22 000 behandelten Kreolen nur 20 mit bösartigen Geschwülsten, von 1900—1909 unter 10 000 bereits 26, darunter 10 mit Brustkrebs. Das Auftreten und die Verbreitung des Krebses unter den Kreolen schreibt Verf. ihrer Anpassung an europäische Lebensgewohnheiten in Kleidung, Wohnung und Essen zu, ohne sich darüber auszulassen, wie er sich diesen Zusammenhang denkt.

Weber (Dresden).

---

7) **Hans Burckhardt. Zur Kenntnis der gutartigen epithelialen Geschwülste der Haut und verwandter Gebilde.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

B. berichtet über fünf Fälle von gutartigen epithelialen Geschwülsten der Haut aus der Königsberger Klinik unter Mitteilung des genauen histologischen Befundes. Mit ausführlicher Würdigung der Literatur bespricht Verf. besonders die echten Hauthörner, sowie zwei Fälle, die er als verhornende Epitheliome zu den präcancerösen Keratosen rechnet. Einzelheiten der zu kurzem Referat nicht geeigneten Arbeit müssen im Original nachgelesen werden.

H. Fritz (Tübingen).

---

8) **S. Löwenstein. Experimentelle Studien zur Theorie der Ätiologie der Tumoren.** (Bruns' Beitr. zur klin. Chir. Bd. LXIX. Hft. 3.)

1) Traumatische Epithelcysten und Epithelverlagerungen.

Nach kurzer Besprechung der einschlägigen Literatur, besonders der Experimente von Garrè und Pels-Leusden, berichtet L. über eigene Versuche, welche die Einwirkung von Traumen in Verbindung mit Entzündung durch Injektion von Reizstoffen betreffen. Er sah dabei in einem Falle als Resultat mehrfache traumatische Epithelcysten entstehen. Da er nie durch Traumen oder

Entzündung allein Epithelcysten erhielt, schreibt er der experimentell erzeugten Entzündung eine prädisponierende Rolle gegenüber der posttraumatischen Epithelcystenbildung zu.

2) Blasenblutung nach Benzidininjektion.

Die klinische Beobachtung, daß Blasengeschwülste nicht selten sind bei Arbeitern, die in Anilinwerken viel mit Benzidin zu tun haben, veranlaßte L., einem Kaninchen Benzidin-Ölemulsion in die Ohren zu injizieren. Er sah zwar keine Geschwulst, aber Blasenblutungen. Das Tier ging an parenchymatöser Nephritis zugrunde. H. Fritz (Tübingen).

---

9) S. Löwenstein. Epithelwucherungen und Papillombildungen der Rattenblase, verursacht durch ein Trichosoma (Trichosoma crassicunda). (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2. 1910.)

Die aus der chirurgischen Klinik zu Frankfurt a. M. hervorgegangene Arbeit berichtet über Versuche des Verf.s, durch Anlegung subkutaner Reizdepots von Anilin, Benzidin usw. an Ratten Geschwülste zu erzeugen. L. fand dabei an Nieren, Harnleiter- und Blasenschleimhaut Epithelwucherung, sowie Papillombildungen der Blase, verursacht durch ein dem Trichosoma crassicunda ähnliches Trichosom. Auffallenderweise wurden dabei in der Epithelwucherung zeigenden Blase manchmal keine Parasiten gefunden; sie fanden sich dagegen in Nierenbecken, Nierenkapsel und Harnleiter, woraus Verf. schließt, daß in die Blase geschwemmte Ausscheidungsprodukte oder Toxine ähnliche Wirkungen auf das Blasenepithel ausüben, wie die Parasiten selbst. Sechs Tafeln mit Mikrophotogrammen. H. Fritz (Tübingen).

---

10) G. Fichera. Recherches expérimentales sur le cancer. (Arch. internat. de chir. 1910. Gaud.)

Verf. kommt in seiner interessanten und gründlichen Arbeit zu folgenden Schlußfolgerungen:

Die langsame Rückbildung der Impfungen embryonaler Gewebe und wenig virulenter neoplastischer Stümpfe, andererseits die schnelle Involution von Impfungen embryonaler Gewebe und sehr virulenter neoplastischer Stümpfe nach Injektion von Autolysinen weisen gemeinsame morphologische Eigentümlichkeiten auf, die eine Erklärung der beobachteten Erscheinungen erlaubt.

In beiden Fällen handelt es sich um eine spezifische diffuse Cytolyse, der ein Ersatz durch Bindegewebe und Gefäße folgt. Diese Cytolyse erscheint spontan in den Geweben, die nur eine geringe Fähigkeit zur Proliferation aufweisen, während in den Geweben, die mit einer größeren Entwicklungsmöglichkeit begabt sind, diese Cytolyse nur im Anschluß an die Injektion von Autolysinprodukten auftritt.

Diese Cytolyse ist durch die Wirkung von Zellfermenten bedingt, die spontan durch die Verletzung in Freiheit gesetzt oder in diese durch die Einspritzung eingeführt werden. Sie wird aber nicht durch die Produktion spezifischer Antikörper veranlaßt.

Bei dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse muß die Entstehung der Geschwülste auf embryonale Elemente des intra- und extra-uterinen Lebens zurückgeführt werden.

Diese Elemente werden durch ihre Dislokation, die Änderung ihrer Gefäßverbindung und der Umgebung in ihrer chemischen Intaktheit und infolgedessen

in ihrer Aufnahmefähigkeit für nutritive und formative Substanzen, sowie in ihrer biologischen Tätigkeit gestört.

Kommen sie nun mit anormalen, morphogenen Substanzen in Berührung, so absorbieren sie diese und erhalten neue Eigenschaften. Auf diese Weise geben sie Gelegenheit für den Beginn einer neoplastischen Proliferation. Diese bedarf homogener nutritiver Substanzen für ihre weitere Ausbreitung.

Glimm (Klütz).

---

11) **Bartkiewicz. Untersuchungen über Impfungen von malignen Geschwülsten vom Mensch auf Tiere.** (Gazeta lekarska 1909. Nr. 29. [Polnisch.])

Es wurden zehn Versuche an Kaninchen ausgeführt, wobei kein einziges Mal eine typische Krebserkrankung nachgewiesen werden konnte. Interessant sind einige anatomisch-pathologische Befunde. Das Schicksal des überpflanzten Geschwulstteiles war verschieden. In einigen Fällen spielte er die Rolle eines eingekapselten Fremdkörpers, welcher zuweilen cystisch degenerierte. Auch die in das Bauchfell überpflanzten Stücke führten zu Cystenbildung. Diese Gebilde sind B. zufolge entzündlichen Ursprungs. In den Knötchen findet man leukocytäre Infiltration, Plasmazellen, Spindelzellen, Fibroblasten. In der Leber bemerkt man in der Umgebung der Karzinompartikel eine Hyperplasie der Gallengänge, welche an Adenom erinnert.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß man die Mitteilungen über Übertragbarkeit bösartiger Geschwülste auf Kaninchen mit großer Vorsicht beurteilen soll; abgesehen von der Tatsache, daß das Kaninchen überhaupt an bösartigen Geschwülsten nicht erkrankt, wird die Beurteilung der pathologischen Prozesse durch die hyperplastischen Prozesse besonders im Bauchfell wesentlich erschwert.

A. Wertheim (Warschau).

---

12) **R. H. Castor. A rare case of tumours.** (Journ. of trop. medic. Vol. XIII. Hft. 20. 1910.)

24jähriger Birmane, der an beiden Schultergürteln und linker Brustseite fünf gewaltige Geschwülste hatte. Nach Tätowierung durch einen eingeborenen Arzt — einem beliebten Heilmittel der eingeborenen Ärzte (Ref.) — hatten sich in der weichen, bedeckenden Haut überall bis apfelgroße Knoten gebildet. Vier der Geschwülste wurden exstirpiert. Ihre mikroskopische Untersuchung ergab Fibrom, Fibrosarkom, Neurofibrom und Lipom. Die erste Geschwulst trat im Alter von 5 Jahren auf, ging wohl vom Schulterblatt aus und zeigte sarkomatösen Bau.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

13) **Hermann Coenen. Über Mutationsgeschwülste und ihre Stellung im onkologischen System.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 3.)

Die aus der Küttner'schen Klinik hervorgegangene Arbeit beschäftigt sich mit den Mutationsgeschwülsten, ein Name, der von Sticker vorgeschlagen wurde. Diese seltenen Geschwülste waren zwar schon Virchow bekannt, der wirkliche Mischformen von Sarkom und Karzinom beschrieb, die man wohl als »Sarcoma carcinomatodes« bezeichnen könne. Doch erst die wichtigen Ergebnisse der experimentellen Tierpathologie auf dem Gebiete der Geschwulstlehre, der einwandfrei beobachtete Übergang von Karzinomen in Sarkome, haben erneut die Auf-

merksamkeit auf diese merkwürdigen Geschwülste gelenkt. Verf. teilt einen neuen derartigen Fall mit, wo bei einer 43jährigen Frau ein seit 15 Jahren beobachteter Knoten in der rechten Brustdrüse seit 5 Wochen plötzlich stark gewachsen war. Die unter der Diagnose Ca. mammae operierte Geschwulst erwies sich als ziemlich scharf begrenzt. Zum größten Teil handelte es sich um ein Spindelzellensarkom. Teils von demselben durch Bindegewebe räumlich getrennt, teils aber auch mitten im Sarkomgewebe liegend, fanden sich ausgesprochen karzinomatöse Wucherungen. 10 mikrophotographisch gewonnene Tafelfiguren erläutern den histologischen Bau der Geschwulst. Für seinen Fall nimmt Verf. das Sarkom als die primäre Geschwulst an, die Karzinomentwicklung hält er für sekundär, entstanden durch den Reiz der Sarkomzellen auf die Milchepithelien. In der Literatur sind noch zwei derartige Fälle von Sarcoma carcinomatodes der Brustdrüse beobachtet. Was derartige Umwandlungsgeschwülste in anderen Organen anbelangt, so sind von Lippmann 14, von Herxheimer 20 sichere Fälle von Sarcoma carcinomatodes aus der Literatur zusammengestellt. Was die Entstehung dieser Geschwülste anbelangt, so sind drei Arten möglich: 1) In einem Karzinom entwickelt sich durch sarkomatöse Umwandlung des Gerüstes ein Sarkom. 2) In einem Sarkom entsteht durch den Reiz auf die Epithelien ein Karzinom. 3) Karzinom- und Sarkomgewebe entstehen zu gleicher Zeit, von Anfang an nebeneinander wachsend wie zwei Äste eines Baumstammes (zusammengesetzte oder Mischgeschwülste). Alle drei Entstehungsarten kommen vor, wie durch entsprechende Fälle klinisch und experimentell bewiesen wird. — Die Mutationsgeschwülste stellen eine besondere Kategorie im onkologischen System dar. Klinisch zeichnen sie sich durch besondere Bösartigkeit aus. H. Kolaczek (Tübingen).

---

14) M. Heyde. Über Infektionen mit anaeroben Bakterien. Ein Beitrag zur Kenntnis anaerober Staphylokokken und des Bacillus funduliformis. (Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 3.)

Mitteilung zweier bakteriologisch genau untersuchter Fälle aus der Marburger chirurgischen Klinik (Prof. Friedrich). In dem ersten Falle handelte es sich um eine akute Osteomyelitis des Oberschenkelkopfes mit entzündlicher Epiphysenlösung bei einem 13jährigen Knaben. Sie war hervorgerufen durch obligate anaerobe Staphylokokken, die zur Gruppe des Staphylokokkus parvulus gehörten. Die Infektion war nach Annahme des Verf.s vom Darmkanal her auf dem Blutwege erfolgt. Nicht nur der gefundene Staphylokokkus unterschied sich biologisch von dem typischen Staphylokokkus pyogenes aureus, sondern auch das von ihm hervorgerufene klinische und pathologisch-anatomische Infektionsbild insofern, als der Charakter der eitrigen Entzündung zurücktrat, dagegen lokale Nekrose und allgemeine Toxinwirkung vorherrschten.

In dem zweiten Falle handelte es sich bei einer Frau um eine Gasphlegmone am Hals, die wahrscheinlich von einer Zahncaries ausging. Während in dem phlegmonösen Eiter außer einem polymorphen Gram-negativen Stäbchen noch aerobe Staphylo- und Streptokokken gefunden wurden, fand sich in einer späteren metastatischen eitrigen Pleuritis nur dieses anaerobe Stäbchen, das als der Bacillus funduliformis (Halli) identifiziert wurde. Bemerkenswert ist, daß es sich hier um echte Eiterung handelte ohne die Attribute der Gangrän, hervorgerufen durch einen anaeroben Bazillus.

Zwei Tafeln erläutern die bakteriologischen Befunde.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

15) R. Franz. Über Virulenzbestimmungen der Streptokokken mittels Lezithinbouillon. (Monatsschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. XXXII. Hft. 3. 1910.)

Nachdem es sich erwiesen hat, daß aus dem hämolytischen Verhalten nicht auf die Virulenz von Streptokokken geschlossen werden kann, glaubte Fromme »pathogene« und »saprische« Formen dadurch unterscheiden zu können, daß eine Lezithinemulsion das Wachstum pathogener Streptokokken hemme, das der saprischen dagegen gestatte. F. hat Fromme's Methode geprüft, aber wie andere gefunden, daß die Wachstumsunterschiede dem klinischen Verhalten der Streptokokkenstämme nicht entsprechen. Aus den Wachstumsverhältnissen auf künstlichen Nährböden Schlüsse auf die Pathogenität der Keime zu ziehen, ist vorläufig nicht zulässig. Auch fehle dem Lezithin den Streptokokken gegenüber eine wachstumshemmende Eigenschaft. Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

16) Browning and Gilmour. Latent and chronic in the typhoid bacillus. (Glasgow med. journ. 1910. August.)

Theoretische und praktische Erörterungen über Typhusbazillenträger im Anschluß an einen Fall eigener Beobachtung.

Eine 40 Jahre alte Frau erkrankte 7 Monate nach Genesung von einem Abdominaltyphus an eitriger Cholecystitis mit Befund von Typhusbazillen in Reinkultur. Die angelegte Cholecystostomiewunde heilte schließlich, brach aber später auf, und noch 2³/₄ Jahre nach Überstehen der Typhuserkrankung konnten bei jeder Untersuchung noch virulente Typhusbazillen im Sekret der Gallenblase gefunden werden.

(Ref. hat vor 1¹/₂ Jahren einen solchen Fall, bei welchem die Typhuserkrankung nachweislich 15 Jahre zurücklag, durch Cholecystektomie geheilt.)

W. v. Brunn (Rostock).

---

17) Schridde. Studien und Fragen zur Entzündungslehre. 50 S. Jena, Gustav Fischer, 1910.

S.'s Untersuchungen galten wieder den Blutzellen, der Rolle, welche sie, die Leukocyten, neutrophile und eosinophile, und die Lymphocyten bei den Entzündungsvorgängen spielen. Reife Blutzellen wandern aus den Gefäßen aus, von den Bakterientoxinen angelockt, welche, ganz gleich ob sie in Hohlräumen, wie in der Tubenlichtung, bei der gonorrhoischen oder Streptokokkensalpingitis, oder ob sie innerhalb der Gefäße, wie bei der Streptokokkensepsis, gebildet werden, im perivaskulären Gewebe von den Bindegewebszellen gebunden werden. S. folgert aus der Ansammlung der Blutzellen auf die Anwesenheit von Toxinen. Diese wirken bei jeder Entzündung zunächst leukocytotaktisch, werden aber dann mehr und mehr lymphocytotaktisch. Auf eine Änderung der chemischen Konstitution ist es auch zurückzuführen, wenn eine Entzündung chronisch wird, nicht auf eine Alteration der Gewebe. Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

18) Tornai. Über den Einfluß der Momburg'schen Methode auf das Herz und die Zirkulation. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 36.)

Verf. berichtet über seine Untersuchungsergebnisse, die er an mehr als 20 Kranken an der I. med. Klinik in Budapest mit der Momburg'schen Blutleere gemacht hat und kommt zu dem Schluß, daß das Verfahren nur mit großer Vor-

sicht anzuwenden sei. In keinem Falle darf vor Anwendung der Abschnürung die Funktionsprüfung der Zirkulation unterlassen werden. Bei Herzkranken oder Angiosklerotikern, ferner hei Basedowkranken, Nephritikern und bei Individuen mit Plethora hält Verf. die Methode für kontraindiziert, weil man Gefahr laufen könne, daß ein solcher Kranker einfach infolge der forcierten Kompression noch auf dem Operationstische stirbt. Deutschländer (Hamburg).

---

19) W. Burk. Über künstliche Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg. (Beitr. zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 2. 1910.)

Verf. berichtet aus der chirurgischen Abteilung des Ludwigspitals zu Stuttgart (Prof. Hofmeister) über drei Fälle, die unter Anwendung von Momburg'scher Blutleere operiert wurden. Während zwei davon — abgesehen von vorübergehender Pulsbeeinflussung — keine üblen Folgen zeigten, kam es bei dem dritten Falle, der ein ziemlich mageres Mädchen betraf, außer zu einer starken Blutdrucksenkung zu einer schweren Enteritis mit profusen stinkenden Diarrhöen; Tod an Peritonitis. Bei der Autopsie wiesen mehrere Dünndarmschlingen blutig suffundierte Schnürfurchen auf; der Blinddarm war ballonartig aufgebläht, sein Serosaüberzug getrübt und fibrinös belegt; mikroskopisch zeigte er Verschwinden der Kernfärbung. Die Darmgangrän mit nachfolgender Peritonitis war eine direkte Folge der künstlichen Blutleere der unteren Körperhälfte nach Momburg.

Zu den bisher festgestellten Gegenindikationen tritt also — so schließt Verf. — als weitere: Große Magerkeit und das Vorhandensein von Darmaffektionen.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

20) Adolf Hoffmann. Ursachen, Zustandekommen und klinischer Wert der Bauchdeckenspannung. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3. 1910.)

Die aus der Greifswalder Klinik hervorgegangene Arbeit berichtet über zahlreiche Tierexperimente, bei welchen die Bauchmuskeln, das Peritoneum, ferner das paritale und viszerale Blatt des Bauchfells durch Injektion von Kochsalzlösung, Jodtinktur und Terpentinöl gereizt wurden. Die Resultate faßt H. in folgenden Sätzen zusammen:

Die Bauchdeckenspannung ist ein Reflexvorgang, der ausgelöst wird durch die Nn. intercostales und lumbosacrales. Bauchdeckenspannung kann daher eintreten bei Reizung der Intercostales usw. an jeder beliebigen Stelle ihres Verlaufes. Bauchdeckenspannung bei abdominalen Affektionen tritt nur ein bei Reizung des parietalen Peritoneums; auch bei gesundem Peritoneum kann Bauchdeckenspannung bei schwerer Pleuritis durch Irradiation zustande kommen; bei Pneumonie nur dann, wenn eine Reizung der Pleura parietalis (durch Toxine) erfolgt.

Bei ausgedehnter Schädigung der hinteren Wurzeln tritt keine Bauchdeckenspannung ein, bei Querdurchtrennung des Markes in Höhe des oberen und mittleren Brustabschnittes entwickelt sie sich bei Reizung des parietalen Peritoneums, so lange der kurze Reflexbogen unversehrt ist.

In tiefster Narkose erlischt die Bauchdeckenspannung, auch bei Reizung des parietalen Peritoneums; der entzündliche Prozeß scheint subjektiv milder zu verlaufen. H. Fritz (Tübingen).

---

21) A. Krecke (München). Über Vor- und Nachbehandlung bei Bauchoperationen, besonders über das frühzeitige Aufstehenlassen. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 39.)

K. bespricht die vorbeugenden Maßnahmen gegen die Gefahren der Pneumonie, Thrombose und Embolie bei Bauchoperationen (Herztonika, Atemgymnastik, Beseitigung von Bronchialkatarrhen, Mundpflege, kräftige Ernährung, Vermeidung von Opiumdarreichung vor und nach der Operation, die Verhütung der Erkältung und Abkühlung), äußert sich zugunsten der Allgemeinnarkose, event. mittels Skopolamin-Morphin, gegenüber der lokalen Anästhesie und bekennt sich als Anhänger des frühzeitigen Aufstehenlassens bejahrter Operierter, sofern die Bauchwunde durch Naht völlig verschlossen werden konnte. Er glaubt, daß die Zahl der Lungenentzündungen seitdem bei seinen Kranken herabgegangen ist, und hält es für wichtig, daß die Urinentleerung, der Abgang von Blähungen durch das Frühaufstehen erleichtert, der Appetit lebhafter, die Erholung, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit rascher herbeigeführt wird.

Kramer (Glogau).

---

22) Dunn. Two cases of traumatic rupture of diaphragm. (Glasgow med. journ. 1910. September.)

Verf. sah zwei Fälle von traumatischer Zwerchfellzerreißung durch Einwirkung starker Gewalt auf den Thorax. Die Fälle betrafen Männer von 46 bzw. 39 Jahren, die an den Folgen der Verletzung sehr bald starben.

Die Organe der Brust- und Bauchhöhle waren beide Male unverletzt.

Im ersteren Falle bestand ein etwa 10 cm langer Riß in der linken Zwerchfellhälfte neben dem Herzbeutelansatz; es waren Magen, großes Netz und ein Teil des Querkolon in die linke Pleurahöhle eingedrungen.

Im anderen Falle war die rechte Zwerchfellhälfte lineär zerrissen und die Leber in die rechte Brusthöhle gedrängt. W. v. Brunn (Rostock).

---

23) A. Wilke. Subseröse Hämatome des Dünndarms nach vielfachen Ascitespunktionen. Aus dem pathol. Institut der Univ. Kiel. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 36.)

Bei der Sektion einer wegen Ascites 33mal punktierten 40jährigen Frau fanden sich am Jejunum zwei dunkelblau-braunrote, etwa 12 cm voneinander entfernte polypöse Gebilde, die der Oberfläche des Darmrohres gegenüber seiner Anheftungsstelle an das Mesenterium aufsaßen. Sie waren subseröse Hämatome und als durch Verletzung der äußeren Schichten der Darmwand durch den Trokar bei der Punktion entstanden anzusehen. Kramer (Glogau).

---

24) Otto Ebert. Die Dreitupferprobe. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 2. 1910.)

Verf. hat diese von W. Liepmann angegebene bakteriologische Untersuchungsmethode auf der Kümmell'schen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses bei 114 Laparotomien angewandt. Zu drei verschiedenen Zeiten wurde der Bakteriengehalt des Bauchfells durch Ausstrich und Kultur geprüft, wobei zur Entnahme des Untersuchungsmaterials Tupfer Verwendung fanden. Die hauptsächlichsten Schlußsätze des Verf.s lauten:

1) Die Dreitupferprobe dient bei fieberfreien, sterilen Operationen als Kontrolle für den Operateur, der dann bewußt steril operiert. Sie gibt Aufklärung bei fieberhaftem Verlaufe und gestattet eine sichere Prognose.

2) Bei fieberhaften Fällen und bei Vorhandensein von Exsudaten entscheide möglichst die Wundbehandlung, speziell die Notwendigkeit der Drainage und Spülung.

3) Eine Mischinfektion und die Anwesenheit von Streptokokken im Exsudate verschlechtern die Prognose.

4) Außer Bouillon sind zu verwenden: Agarplatten zur Bestimmung der Keimzahl; bei jauchigen Exsudaten zur Züchtig von anaeroben Keimen Blutbouillon- und Traubenzuckeragarröhrchen; zur Differenzierung der verschiedenen Streptokokkenarten aber Blutagarplatten. H. Kolaczek (Tübingen).

---

25) Crossen. A deceptive form of appendicitis in women. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

Zwei Fälle von Appendicitis eines Wurmfortsatzes, der, zunächst nicht auffindbar, schließlich innerhalb der stark verdickten Wand des Blinddarms auf dessen Rückseite aufgefunden wurde; im ersten Falle wurde nur ein Kotstein im entfernten Wurmfortsatz gefunden, im zweiten Fall war bereits eine Perforation und Abszeßbildung eingetreten.

Es handelte sich um Frauen von 35 bzw. 39 Jahren; der Blinddarm war tief ins Becken hinein verlagert, die Untersuchung, auch von gynäkologischer Seite, hatte beide Male zur Annahme einer Affektion der Adnexe rechterseits geführt. Die Kranken genasen; nach einigen Monaten waren die entzündlichen Geschwülste des Blinddarms verschwunden. W. v. Brunn (Rostock).

---

26) Lenz. Blinddarmentzündung und Dysenterieamöben. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XIV. Hft. 11. 1910.)

Wurmfortsatzentzündung kommt beim ostafrikanischen Neger kaum zur Beobachtung. Verf. fand bei Sektionen solcher als Nebenbefund nie Veränderungen am Wurmfortsatz. Bei den Indern Ostafrikas ist die Appendicitis dagegen keine Seltenheit; bei Europäern kommt sie auch in Ostafrika relativ häufig vor. Ein Fall von Amöbenappendicitis, die durch hohe Chinineinläufe zur Ausheilung kam, wird mitgeteilt. zur Verth (Wilhelmshaven).

---

27) Max v. Brunn. Über die Häufigkeit der Narbenhernien nach Appendicitisoperationen, besonders nach den mit primärer Naht behandelten Abszessen. (Beiträge zur klin. Chir. Bd. LXVIII. Hft. 1. 1910.)

Diese Arbeit aus der v. Bruns'schen Klinik stellt den ausführlichen Bericht dar über das von demselben Autor schon auf dem letzten Chirurgenkongreß behandelte Thema. Ich verweise deshalb auf das Referat im Zentralblatt für Chirurgie 1910, Beilage zu Nr. 31, p. 86, das in Kürze das Zahlenmaterial bringt. Von den Schlußfolgerungen des Verf.s hebe ich hervor:

Im allgemeinen sind genähte Wunden in ungleich geringerem Grade der Gefahr einer Narbenhernie ausgesetzt als offen behandelte Wunden. Wie das beigebrachte Material lehrt, gilt dieser Satz nicht nur für aseptische Wunden, sondern in recht weitgehendem Maße auch für die mit Naht behandelten intraabdominalen Eiterungen. Berechnet man nämlich die bei der Nahtbehandlung

gefundenen Hernien ausschließlich auf die mit Naht (bis auf eine Drainöffnung) behandelten Abszesse und Peritonitiden, so verteilen sich die 10 Hernien auf 47 in dieser Art behandelte Wunden (= 21,28%). Da bei der offenen Wundbehandlung von 16 entsprechenden Fällen 11 eine Hernie zeigten (= 68,75%), so liegt der Fortschritt auf der Hand. Das Resultat für die Abszeßbehandlung mit Naht ist also sehr gut, zumal wenn man berücksichtigt, daß die Mehrzahl dieser Hernien nur klein sind und ihren Trägern keinerlei Beschwerden machen.

Bezüglich des Lennander'schen Schnittes kommt Verf. auf Grund seiner Fälle zu dem Schluß, daß er eine ganz ausgezeichnete Schnittmethode darstellt. Gestattete der Befund eine vollständige Naht der Bauchwunde (Intervall- oder Frühoperationen), so fand man nie eine Narbenhernie. Und selbst unter den schwierigen Verhältnissen, wie sie bei der Mehrzahl der Abszesse und bei allen Peritonitiden vorlagen, entstanden Hernien nur in einem verhältnismäßig kleinen Prozentsatz, und mit wenigen Ausnahmen nur von sehr geringer Größe.

Bei Frauen zeigte sich in einer beträchtlichen Zahl von Fällen, daß die durch den Lennanderschnitt erzielte Narbe auch den erhöhten Anforderungen von Schwangerschaft und Geburt standgehalten hatte.

Zum Schluß folgen die der Arbeit zugrunde liegenden 100 Krankengeschichten.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

28) G. Lerda e B. Quarella (Torino). Sullo strozzamento retrogrado dell' intestino. (Clin. chir. 1910. Nr. 9.)

Nach einem kurzen Überblick über die Literatur teilen Verff. das Schicksal, das zwei in den Bruchsack eingetretene Darmschlingen treffen kann, in folgende Kategorien ein: 1) Einklemmungsfolgen an den äußeren Schlingen und gutes Erhaltensein des Zwischenstückes. 2) Schädigungen des Zwischenstückes und Erhaltensein der äußeren Schlingen und 3) Schädigungen aller drei Schlingen. Um den Mechanismus dieser Einklemmung zu studieren, haben Verff. folgende Tierexperimente gemacht: Nach einer kleinen Inzision der Bauchwand wurde eine die Muskel- und Peritonealschicht umfassende Tabakbeutelnaht angelegt, eine Darmschlinge vorgezogen, deren mittlere Partie wieder in den Bauch zurückverlegt und die Naht je nach dem Effekt, den man erzielen wollte, mehr oder weniger angezogen. Die Haut wurde nach Fixation in der Umgebung darüber vernäht. Die mittlere Lebensdauer der Tiere nach der Operation war 24 bis 30 Stunden. Verff. kommen auf Grund von 32 Experimenten zu dem Resultat, daß die retrograde Inkarzeration eine seltene Erscheinung ist bei denjenigen eingeklemmten Brüchen, die zwei Schlingen enthalten; denn in den Experimenten verteilten sich die Schädigungen unregelmäßig über alle drei Schlingen, verschieden in jedem einzelnen Falle. Als disponierende Momente kommen in Betracht Taxisversuche, Gefäßverhältnisse. Wenn nämlich die Gefäße in einem weiten Bogen in der Nähe der intermediären Schlinge verlaufen, so daß die Gefäße mit dem Mesenterium sich noch im Bruchsack befinden, so werden sie beim Eintritt und Austritt durch die Bruchpforte geschnürt und bedingen eine schlechtere Ernährung der Verbindungsschlinge. Verlaufen sie aber mehr perpendikulär, so trifft dies nicht zu. Eine andere Ursache der uns beschäftigenden Krankheit ist die Knickung der inneren Schlinge gegen die Bauchwand durch den intraabdominellen Druck. Achsendrehung der beiden Schenkel, Volvulus und pathologische Verklebungen der inneren Schlinge können ferner eine retrograde Inkarzeration verursachen. Es gibt also keine einheitliche Ursache, die für alle Fälle verant-

wortlich gemacht werden könnte. Die Diagnose ist sehr schwierig zu stellen. Das Mißverhältnis zwischen den alarmierenden Symptomen und dem Lokalbefund können auf die Diagnose hinführen. Eventuell kann Ascites auf die Krankheit hindeuten. Stocker jun. (Luzern).

---

29) Maurice Guibé (Paris). De la déchirure du mésentère dans les hernies étranglées. (Rev. de chir. XXX. ann. Nr. 9.)

Die Zerreißung des Gekröses einer eingeklemmten Darmschlinge ist bisher nur sechsmal beobachtet. Alle Fälle gehören der französischen Literatur an. G. fügt einen siebenten hinzu, welcher eine 57jährige Frau mit rechtseitigem Schenkelbruch betraf. Es waren sehr energische Taxisversuche gemacht, als die Frau zur Operation kam. Der Riß war 8 cm lang und verlief entlang dem Darmansatz. Resektion und Knopfanastomose Seit-zu-Seit. Tod im Kollaps.

Der Mechanismus des Einreißens ist nicht leicht zu erklären. Es scheint das Gekröse um so weniger widerstandsfähig zu sein, je fettreicher es ist. Das Alter (nur ein Kranker war 22 Jahre alt, alle übrigen über 50!), die entzündliche Infiltration, die Einschnürung, Abknickung und Fixierung an der scharfrandigen Bruchpforte begünstigen die Zerreißung, an der wohl aber in nicht unbedeutendem Maße mehr oder weniger roh ausgeführte Taxisversuche Schuld tragen. Sie waren in allen bisher mitgeteilten Fällen vorgenommen. Nierenentzündung und Zuckerkrankheit scheinen zu ganz besonderer Zerreißlichkeit zu disponieren.

Es sind Risse bis zu 50 cm Länge beobachtet. Sie verlaufen parallel oder entlang dem Darmansatz oder stellen die Sehne zu dem vom Darmansatz gebildeten Bogen dar. Sichere Symptome fehlen, wenigstens bis zu dem Zeitpunkt, an dem man heutzutage bei eingeklemmten Brüchen einzugreifen pflegt. Eine größere Blutung findet nur statt, wenn der Riß intraperitoneal liegt.

Genäht wurde der Riß nur in einem Falle, und zwar mit Erfolg, weil eine Seite der Serosa erhalten war. Sonst ist die Resektion wegen der unausbleiblichen Darmgangrän das Verfahren der Wahl. Gutzeit (Neidenburg).

---

30) Heinrich Hilgenreiner. Statistik über 2238 operativ behandelte Hernien. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2. 1910.)

Das reichhaltige Material der Wölfler'schen Klinik aus den letzten 15 Jahren wird von H. nach den verschiedensten Gesichtspunkten beleuchtet. Die mit zahlreichen Tabellen ausgestattete Arbeit läßt sich in kurzem Auszug nicht wiedergeben. — Erwähnt sei hier, daß nach der großen Prager Statistik die Darmvereinigung mit Murphyknopf bessere Resultate gab als Darmnaht und resorbierbarer Knopf, so daß H. bei der Darmresektion brandiger Brüche die Darmvereinigung nach Murphy unter lokaler Anästhesie warm befürwortet. Auch H. warnt vor forcierter Taxis; doch scheint die Taxis als solche in Prag nicht selten geübt zu werden; wenigstens finden sich unter 778 eingeklemmten Brüchen 116 mit Taxis behandelte. H. Fritz (Tübingen).

---

31) H. Hilgenreiner. Seltene und bemerkenswerte Hernien. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2. 1910.)

In der Wölfler'schen Klinik kamen in den letzten 15 Jahren 2238 Hernien zur Operation. Aus diesem großen Material führt H. besonders an: eine eingeklemmte Hernia obturatoria beim Manne, eine Hernia ischiadica, eine Hernie des Trigonum Petiti nach Ausheilung eines gespaltenen perinephritischen Abszesses,

26 Bauchnarbenbrüche, davon 5 eingeklemmte (15 Frauen, 11 Männer). Von letzteren endeten 4 tödlich, einer wurde geheilt. 2 Fälle zeigten statt der erwarteten Einklemmung Knickung bzw. Drehung des Darmes im Bruchsack. Epigastrische Hernien fanden sich 42 an 36 Personen. Nur 7mal handelte es sich um Frauen, sonst stets um Männer. 2mal war die epigastrische Hernie eingeklemmt.

Von Hernien der Linea alba unterhalb des Nabels wurde ein Fall operiert und geheilt. 2 operierte Zwerchfellbrüche endeten tödlich, ein 3. Fall fand sich als Autopsiebefund bei einer an Herzparalyse verstorbenen Pat., die wegen Umbilicalhernie operiert war.

Von inneren Hernien bringt H. eine Hernie der Bursa omentalis, einen Nabelbruch, bei dessen Operation sich Einklemmung einer Netzpartie in einem Mesokolonschlitz fand, eine Dünndarmeinklemmung in einer Öffnung des Mesosigmoideum bei Hirschsprung'scher Krankheit, sowie eine Hernia interna postoperativa, bei der 4 cm Dünndarm in einer durch Uterus und Adnexexstirpation entstandenen Tasche eingeklemmt waren.

In einem zweiten Abschnitt faßt H. die Hernien mit seltenem Bruchinhalt zusammen. Er berichtet über einen Magenbruch, einen Bruch des Meckel'schen Divertikels, 35 Darmwandbrüche, 22 Coecalhernien, 10 Hernien des Processus vermiformis (davon 4 eingeklemmte), 7 Hernien der Appendices epiploicae (davon 3 eingeklemmt) und 48 Dickdarmhernien. Besonderes Interesse erregt die Magenhernie. Es fand sich in einer Hernia inguinal. sin. reichlich $^1/_3$ des kolossal ausgedehnten Magens, dazu der größte Teil des Kolon mit dem untersten Ileum, das Ligament. gastrocolicum und das stark geschrumpfte Netz.

Blasenbrüche wurden 14mal beobachtet; bei einem Falle von Uterusbruch wurde der teilweise reponierte Uterus mit gutem Erfolg zum Verschluß der Bruchpforte benutzt. Ovarial- bzw. Tuboovarialhernien fanden sich 7mal, davon in 2 Fällen doppelseitiger Ovarialbruch. Einmal fand sich im Bruchsack eine von den Adnexen ausgehende Blutcyste, wohl eine Morgagni'sche Hydatide.

Ferner rechnet H. hierher 5 Fälle von Hydrokele vaginalis communicans, sowie 6 angeborene Leistenbrüche mit Hydrokele vaginalis communicans.

Von pathologischen Bruchsackveränderungen erwähnt H. 7 Fälle von Bruchsacktuberkulose, 18 von Hydrokele muliebris, 7 von Bruchsackcystenbildung bei Schenkelbrüchen und eine Bruchsackzerreißung durch Taxis.

Appendicitis im Bruchsack findet sich in dem Prager Material 7mal, ferner 6mal ausgedehnte Verwachsungen des Darmes mit dem Bruchsack. Hier empfiehlt H. Umschneidung des Bruchsackes, so daß die verwachsene Stelle mit dem Darme im Zusammenhang bleibt; falls dies nicht angängig, Ablösung des Darmes und Deckung des Serosadefektes durch freie Netztransplantation. — Darmblutungen und Darmverengerungen nach Einklemmung wurden je zweimal gesehen, ferner 4mal Darmruptur.

H. bespricht ferner die Einklemmung zweier Darmschlingen im Bruchsack, sowie die doppelte Einklemmung einer Schlinge (am inneren und äußeren Leistenring) und die Scheineinklemmung durch Darmverschluß innerhalb des Bruchsackes. Er erwähnt noch den mechanischen postoperativen Darmverschluß, der hauptsächlich durch Übernähung des Darmes an der Abknickungsstelle hervorgerufen wurde. Ein Anhang bringt einige interessante Fehldiagnosen.

H. Fritz (Tübingen).

---

32) **M. Fasano. Ernia inguino-superficiale addominale con ectopia del testicolo da inserzione anomala del gubernaculum testis.** (Policlinico, sez. prat. XVII. 41 u. 42.)

Bei einem 23jährigen Manne fand sich seit frühester Kindheit eine taubeneigroße, auf Druck nicht empfindliche und etwas verschiebliche Anschwellung in der linken Leistengegend. Diese Anschwellung vergrößerte sich plötzlich unter allen Erscheinungen einer Darmeinklemmung. Die Untersuchung ergab eine Ektopie des linken Hodens und eine birnförmige, von innen nach außen und von unten nach oben gegen die Spina iliac. ant. sup. reichende Anschwellung, die direkt unter der Haut auf der Aponeurose saß. Die Operation ergab, daß die Anschwellung mit einem Stiel nach dem Leistenkanal zu sich fortsetzte. Die Eröffnung der Anschwellung zeigte, daß es sich um einen Bruchsack handelte, der neben dem Hoden eine eingeklemmte Dünndarmschlinge enthielt. Hoden und Nebenhoden lagen am oberen Pole der Anschwellung, die hier durch ein kurzes Band mit der Umgebung verbunden war. Da der Hoden nach der Herniotomie sich nicht nach dem Hodensack zu ziehen ließ, wurde er entfernt.

Es handelt sich demnach um eine Hernia inguino-subcutanea (Küster), deren Hauptmerkmal die subkutane Lage des Bruchsackes in der Nähe des Leistenkanals ist. 22 kurz angeführte analoge Fälle zeigen, daß es sich durchwegs um angeborene Brüche handelt, die fast immer mit einer Ectopia testis vergesellschaftet sind. Eine kritische Übersicht über die bisherigen Hypothesen bezüglich der Genese dieser Bruchform führt zum Schluß, daß sie in vielen, wenn auch nicht allen Fällen durch eine fehlerhafte Insertion des Gubernaculum testis bedingt ist.

M. Strauss (Nürnberg).

---

33) **Otto Fischer. Weibliche Adnexe als Inhalt von Inguinalhernien.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 2.)

F. beschreibt zwei Leistenbrüche, bei denen sich die Adnexe im Bruchsack vorfanden. Bei dem einen Falle handelte es sich um ein kleines, 10 Wochen altes Kind, bei dem ein torquierter Eierstock eingeklemmt war. Fast alle beobachteten Fälle von Eierstocksbrüchen betreffen Kinder im ersten oder zweiten Lebensjahre. Die abnorme Beweglichkeit ist es wohl, welche diese Bruchbildung begünstigt. Die Funktion des herniierten Organs kann völlig erhalten bleiben. Bei dem zweiten Falle bestand eine Hernia interparietalis, deren Inhalt ein Pyosalpinx war. Begünstigt wurde hier die Bruchbildung durch Verwachsungen der Gebärmutter mit der Beckenwand, so daß die vergrößerte Tube leicht einen Angriffspunkt für den intraabdominellen Druck bot.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

34) **Rieder. Die Sanduhrformen des menschlichen Magens.** Mit 24 Tafeln und 56 Textabbildungen. Wiesbaden 1910.

In der Form der bekannten Röntgenatlanten (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen) hat Verf. seine Erfahrung über die Untersuchung des Magens mit Röntgenstrahlen speziell bei der Sanduhrform in einem mittelgroßen Band niedergelegt, der mit vorzüglichen Röntgenbildern und sehr instruktiven Textfiguren ausgestattet ist.

Mit Recht bezeichnet Verf. die Röntgenuntersuchung mit Rücksicht auf ihre Leistungsfähigkeit als eine geradezu ideale Methode der Magendiagnostik und speziell bei Verdacht auf Sanduhrmagen als unentbehrlich. Sie ist für den Pat.

ohne jede weitere Unbequemlichkeit, sie ist auch gefahrlos (Wismut-Mehlbrei! Ref.).

Aus dem Studium der beschriebenen Fälle ersieht man, daß die Anamnese bei Sanduhrmagen meist trügerisch und nur insofern zu verwerten ist, als durch sie häufig erkannt wird, daß ein Magengeschwür besteht oder bestanden hat. Ein charakteristischer Symptomenkomplex besteht indessen nicht.

Das sporadische Vorkommen eines angeborenen Sanduhrmagens kann zwar nicht geleugnet, aber auch nicht bewiesen werden. In den meisten Fällen, in welchen man mit Röntgenstrahlen den Sanduhrmagen nachweisen kann, gelingt es nicht, die der Mißstaltung zugrunde liegenden Magenformen durch Perkussion des luftgeblähten Organes genau festzustellen.

Mehrfache Teilung des Magens durch organische Veränderungen scheint sehr selten zu sein, wenigstens hat Verf. keinen solchen Fall gefunden.

In der Regel funktionieren Antrum und Pylorus bei echtem Sanduhrmagen gut, so daß keine Störung der Magenmotilität nachzuweisen war; ja häufig fand sich bei den Trägern dieser Erkrankung eine gesteigerte Motilität des Magens und des Darmes verbunden mit einer leichten Insuffizienz des Pylorus.

Die hin und wieder geäußerte Ansicht, daß die Wismutsalze eine bedeutende Verlangsamung der Magenentleerung bewirken, besteht sicher nicht zu recht, da sogar häufig schon während des Essens Übertritt von wismuthaltigem Speisebrei ins Duodenum zu beobachten ist. Diese Ansicht gilt nur für an sich schon gestörte Magenmotilität. Auch bezüglich des event. operativen Eingriffes gibt das Röntgenbild Hinweise, da perigastrische Verwachsungen, z. B. mit der Leber, der Milz, dem Darm usw. unter günstigen Umständen sich namentlich bei gleichzeitiger Tastung auf dem Schirm feststellen lassen.

Der Atlas erscheint im Verlag von Bergmann, Wiesbaden.

Gaugele (Wiesbaden).

---

35) Gray. Case of congenital occlussion of the duodenum (accompanying a deficiency of the hind-gut), with a note on the etiology. (Glasgow med. journ. 1910. August.)

Ein neugeborenre Knabe, Zwilling, hatte 48 Stunden nach der Geburt noch keinen Stuhlgang gehabt und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Die Untersuchung durch den After ergab, daß ca. $1^1/_2$ cm über diesem der Mastdarm blind endigte; operativ war es nicht möglich, vom Damm aus an das Darmrohr heranzukommen. Tod am 5. Tage.

Es zeigte sich nun, daß der proximale vom distalen Teil des Duodenum durch eine 4 mm breite Zone, in der Darmelemente auch mikroskopisch nicht auffindbar waren; getrennt war; Ductus choledochus und pancreaticus endigten in dem distalen Teil.

Ebenso endigte der Dickdarm blind in der linken Fossa iliaca. Die Darmenden waren überall von sämtlichen drei Wandschichten gebildet. Abbildung.

W. v. Brunn (Rostock).

---

36) G. Pommer. Zur Kenntnis der anatomischen Befunde bei Darminfarzierung. (Virchow's Archiv Bd. CC. p. 522.)

Sehr ausführliche Mitteilung eines Falles, in dem in verhältnismäßig kurzer Zeit — 64 Stunden — unter jäh einsetzenden Krankheitserscheinungen eine auf arteriosklerotischer Grundlage entstandene obturierende Thrombose der Arteria

mesenterica superior und der Art. coeliaca, unterhalb des Abgangs der Art. gastrica sin., zu einer über den ganzen Dünn- und über den Blinddarm sich erstreckenden Infarzierung und infolgedessen zum Tode führte. Die eingehende Begründung der Annahme einer autochthonen Thrombose, die mikroskopischen Veränderungen an den Gefäßen und in der Darmwand, die Ausdehnung und das Verhalten der Nekrose in den einzelnen Darmabschnitten, sowie die Bakterienbefunde — es handelte sich um eine anaerobe Art des Buttersäurebazillus — und das Verhältnis zwischen Schleimhautnekrose und Bakterienbesiedelung geht weit über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus. Es muß das im Original nachgelesen werden. Doering (Göttingen).

---

37) Blauel. Zur Mechanik der Invaginatio ileocoecalis. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 1. 1910.)

Verf. teilt zunächst drei derartige Fälle mit, die innerhalb kurzer Zeit in der v. Bruns'schen Klinik zur Beobachtung kamen. In allen drei Fällen zeigte nach der Ausstülpung nur die Kuppe des Blinddarms anatomische Veränderungen, wie Infiltrat, Ödem, Erweichung; und in allen drei Fällen stellte diese veränderte Partie des Blinddarms die Spitze des Invaginatum dar. Auch bei Durchsicht von drei älteren Fällen der Klinik zeigten sich dieselben Verhältnisse. Auch in der Literatur fanden sich bei näherer Einsicht viele Hinweise auf einen coecalen Entstehungstypus der Invaginatio ileocoecalis, am überzeugendsten in einer Arbeit von Lorenz aus dem Jahre 1905. Merkwürdigerweise haben diese Untersuchungsbefunde keinen rechten Eingang in die Lehr- und Handbücher gefunden.

Verf. faßt seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

1) Die noch weit verbreitete Lehre, daß die sog. Invaginatio ileocoecalis durch eine primäre Invagination der Valvula ileocoecalis zustande kommt, bedarf der Richtigstellung. Das Gleiche gilt von der Behauptung, daß die Valvula ileocoecalis bei diesen Invaginationen die Spitze des Invaginatum bilde.

2) Die sog. Invaginatio ileocoecalis entsteht in der Mehrzahl der Fälle durch primäre Einstülpung der Coecumkuppe: diese bildet die Spitze des Invaginatum.

3) Die anatomischen Verhältnisse an der Valvula ileocoecalis machen es sehr unwahrscheinlich, daß überhaupt eine primäre Invagination der Klappe möglich ist. Umgekehrt zeigt das Coecum anatomische und physiologische Bedingungen, welche die primäre Invagination an der Kuppe desselben begünstigen.

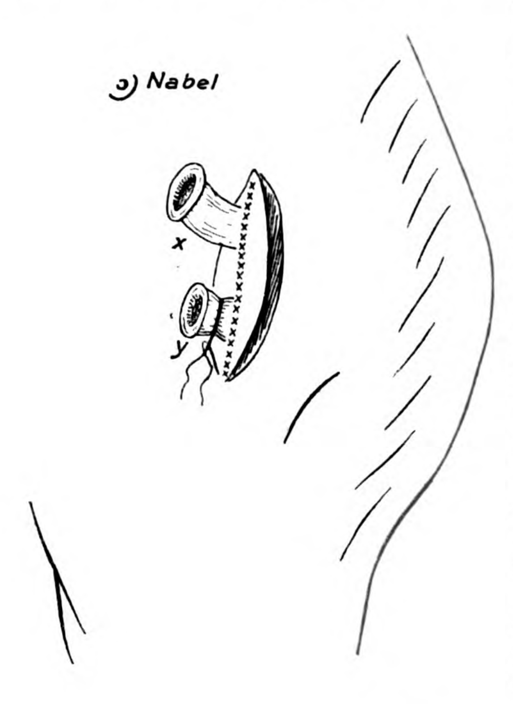
H. Kolaczek (Tübingen).

---

38) Lilienthal. Permanent colostomy. (Annals of surgery 1910. Sept.)

Verf. schildert seine Methode zum Anlegen eines künstlichen Afters, durch welche eine absolute Kontrolle der Kotpassage von seiten des Operierten garantiert werden soll. Schnitt $3^1/_2$ Zoll lang in der linken Unterbauchgegend parallel mit den Rectusfasern (längsgerichtet) und beginnend in der Mitte zwischen Nabel und oberem Darmbeinstachel. Hervorziehen einer Schlinge der Flexura sigmoidea und Annähen des proximalen und distalen Endes an Bauchfell und hintere Rectusscheide, ebenfalls Annähen des Mesosigmoids von beiden Seiten an das Bauchfell. Der untere Darmschenkel wird jetzt zwischen zwei Ligaturen durchschnitten. Von dem oberen längeren Ende (x) wird das Mesosigmoid abgetrennt, darauf wird das obere Darmstück mit einigen Pinzetten gefaßt und mehrfach um seine Achse gedreht, so daß eben noch eine kleine Durchgangsöffnung bleibt, was durch einen mit Handschuh versehenen eingeführten Finger festgestellt wird (Ger-

suny's Drehung). Nun ist an dem proximalen Darmstück ein doppelter Sphinkter vorhanden, einmal dort, wo der Darm durch das Bauchfell und den M. rectus tritt und dann zweitens dort, wo er um seine Achse gedreht ist. Jetzt wird in den proximalen Teil ein ziemlich steifes Gummirohr 6 Zoll tief eingeführt und nach außen durch den Verband geleitet. Die Ligatur am distalen Ende (*y*) wird nach 3 Tagen entfernt, damit in ihm keine Sekretverhaltung stattfindet. Das Gummirohr kann nach einer Woche fortgelassen werden. Es erübrigt dann nur, den proximalen Stumpf (*x*) durch wiederholtes Kauterisieren in die Höhe der Hautoberfläche zu bringen. In der ersten Zeit wird durch Ausspülungen mit dem Gummirohr für genügende Entleerung des Darmes gesorgt oder bei Neigung zu flüssigem Stuhl stopfende Diät verordnet werden müssen. Später regelt sich der Stuhlgang von selbst, die Operierten fühlen die Bewegung des Darmes vorher.



Herhold (Brandenburg).

---

39) Heinrich Puls. Zur Kenntnis der Hirschsprung'schen Krankheit. (Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. LXIX. Hft. 2. 1910.)

Im städitischen Krankenhause zu Landsberg a. W. kam 1908 ein Fall von Hirschsprung'scher Krankheit zur Operation, bei dem sich ein sehr großer Koprolith der Flexura sigmoidea fand. Inzision, Entfernung des Kotsteines, Darmnaht, Schluß des Bauches. Nachoperation vom Pat. abgelehnt. September 1909 kommt Pat. zur Nachuntersuchung; es findet sich im linken Hypogastrium erneut eine große, höckrige Geschwulst. Operation: Eröffnung der Flexur, Ileokolostomie. Erfolg gut. Pat. ist nach 6 Monaten noch beschwerdefrei.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht P. Ätiologie, Symptome und Therapie der Hirschsprung'schen Krankheit. Zur Behandlung empfiehlt er Resektion oder Anastomose. — Literaturverzeichnis von 164 Nummern.

H. Fritz (Tübingen).

---

40) G. Melchior. Über die Gefahren der forzierten Dehnung des Sphincter ani. Aus der Breslauer chir. Klinik (Prof. Dr. H. Küttner). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 38.)

Untersuchungen von Kranken, bei denen wegen Fissura ani oder bei der Hämorrhoidenoperation eine Sphinkterdehnung in der Breslauer chirurgischen Klinik vorgenommen war, haben ergeben, daß einzelne von ihnen Störungen der

Kontinenz teils überhaupt für Stuhl, teils für flüssigen Stuhl und Winde hatten; wahrscheinlich war in diesen Fällen die Dehnung mit zu großer Gewalt oder in nur oberflächlicher Narkose ausgeführt worden. M. rät deshalb, eine stärkere Gewaltanwendung zu vermeiden und den Eingriff in tiefer Narkose vorzunehmen. — Auch in den Fällen von Analfisteloperation, in denen der Sphinkter durchschnitten worden, war eine dauernde Beeinträchtigung der Kontinenz von diesem Eingriff zurückgeblieben. Kramer (Glogau).

---

41) S. P. v. Fedorow. Über eine Methode zur Beseitigung von niedrig sitzenden Narbenstrikturen des Rektums ohne Darmresektion. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCII. Hft. 2.)

Verf. hat bei einem Falle von tiefsitzender Mastdarmstriktur dadurch die Beseitigung eines künstlichen Afters an der Flexura sigmoidea erzielen können, daß er oberhalb der Striktur das Colon pelvinum beweglich machte und es durch eine zwischen hinterer Wand der Afterschleimhaut und Haut angelegte Öffnung in den Bereich des Sphincter ani herabzog. An einer beigegebenen Zeichnung ist die Operationsmethode leicht verständlich gemacht.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

42) Fowler. Non-parasitic cysts of the spleen. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

Einer 22 Jahre alten Frau wurde eine cystisch veränderte Milz mit Glück operativ entfernt. Eine besondere Ätiologie für die Entstehung des Leidens war nicht festzustellen.

Die Milz war 20 cm lang, hatte an beiden Polen 11 cm Umfang; zwischen den beiden verdickten Polen bestand eine Einschnürung. Die Milz war ganz durchsetzt mit zahlreichen großen und kleinen Cysten mit gelblichem flüssigem Inhalt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß das Milzgewebe von zahllosen mikroskopisch kleinen Cysten durchsetzt war, aus denen die größeren Cysten sich bildeten. Die Wand der Cysten bestand aus komprimiertem Bindegewebe.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

43) Nikolai Boljarski. Über Leberverletzungen in klinischer und experimenteller Hinsicht, unter besonderer Berücksichtigung der isolierten Netzplastik. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über 65 Leberverletzungen, die im Zeitraume von 6 Jahren im Obuchow-Krankenhaus zu St. Petersburg beobachtet worden sind. Er konstatiert, daß die Symptomatologie der Leberverletzungen nicht sehr charakteristisch ist. Bei der Behandlung spielen Naht, Thermokauterisation und Tamponade die Hauptrolle. Die Tamponade wird wohl meist die Methode der Wahl sein müssen. So wurden auch 60 unter den Fällen des Verf.s tamponiert, nur einige in Verbindung mit mehreren Nähten durch die Lebersubstanz. Der große Nachteil der Tamponade ist die lange Heilungsdauer. Sehr gut bewährt hat sich in fünf Fällen die isolierte Netzplastik in die Leberwunde nach Loewy. Bei allen Kranken heilte danach die Wunde per primam, und die Heilungsdauer war wesentlich abgekürzt. Auch aus den Tierexperimenten, die Verf. vorgenommen hat, ergab sich, daß die isolierte Netzplastik in Kombination mit der Naht zu den

zuverlässigsten Blutstillungsmitteln bei größeren und kleineren Leberwunden gehört. Das Netz bietet auch noch den besonderen Vorteil, daß es die Durchschneidungsgefahr der Nähte im Leberparenchym wesentlich herabmindert. Die Verklebung des Netzes mit der Leber findet in 12 bis 14 Stunden statt. B. glaubt, daß das Netz vielleicht eine fermentative Wirkung hat, die die Blutstillung so rasch herbeiführt. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

44) A. Cernezzi (Cittiglio). Contributo alla chirurgia del fegato e delle vie biliari. 126 S. Milano 1910.

Ausführlicher Bericht über 23 Operationen an Leber und Gallenwegen, die bei 20 Pat. ohne Todesfall ausgeführt wurden. Die einzelnen Krankengeschichten werden angeführt und mit einer erschöpfenden Epikrise ausgestattet. Besondere Erwähnung verdienen 2 traumatische Leberzerreißungen, die durch Lebernaht bzw. Mikulicztampon geheilt wurden, und 3 Hepatoptosen, die durch die bei uns seltenere Hepatopexis — Fixation des Leberparenchyms mit U-Nähten an die Muskulatur des Rippenbogens — eine Behebung der Beschwerden erfuhren.

Bezüglich seiner Operationstechnik betont C. die Notwendigkeit, vor der Operation Chlorkalzium zu verabreichen, um cholämischen Blutungen vorzubeugen. Um Intensität und Dauer der Narkose herabzusetzen, verwendet Verf. zu Beginn aller Operationen Lokalanästhesie mit 0,5% Novokain-Stovainlösung und verabreicht am Abend und eine Stunde vor der Operation je 1 g Veronal.

Zur Eröffnung des Bauchens verwendet C. mit Vorliebe den pararektalen Längsschnitt. Das parietale Bauchfell wird provisorisch durch Nähte an die Wundränder fixiert. Zur Orientierung wird das Einführen eines Fingers in das Foramen Winslowii empfohlen. M. Strauss (Nürnberg).

---

45) Cantlie. Photographs of chests in which liver pus was coughed up in one case through the right and in another case through the left lung. (Journ. of tropic. med. Vol. XIII. Hft. 12. 1910. p. 177).

46) Cantlie. Hepatic abscess. When pus finds exit by the lung. (Ibid. Bd. XIII. Hft. 16. 1910. p. 248.)

Nach Durchbruch des Eiters aus Leberabszessen in die Lunge pflegen sämtliche Krankheitszeichen zu verschwinden. Es kann völlige Wiederherstellung folgen. Meist stellen sich jedoch nach einigen Wochen bis 2—3 Monaten unter Fieber die alten Beschwerden wieder ein. Nach wenigen Tagen tritt wiederum Eiter im Auswurf auf. So kann sich das Bild mehrfach wiederholen. Verf. empfiehlt bei Wiederholung den Versuch, den Eiter durch Punktion zu erreichen und durch Dauerdrainage ohne offene Freilegung und ohne Spülung zu entfernen. Das Röntgenbild zeigt den Weg, den der Eiter sich gebahnt hat. Ist er in die rechte Lunge durchgebrochen, so führt dieser Weg meist nahe am Perikard vorbei. Sehr schwierig ist es, die Fistel bei dem selteneren Durchbruch in die linke Lunge zu erreichen. Verf. hilft sich dann, indem er nach Laparotomie vom Bauche aus die Verwachsungen aufsucht, ohne sie zu lösen, und demgemäß eine Punktionsnadel von außen einsticht. Zwei Röntgenbilder, eins den Durchbruch in die rechte, eins in die linke Pleura darstellend, werden abgebildet.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

47) H. Kehr. 20 Jahre Gallensteinchirurgie. Ein kurzer Rückblick auf 1600 Operationen. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 38.)

Obwohl K. über die Gallensteinchirurgie schon häufig geschrieben, ist doch auch der vorliegende Rückblick auf seine Erfahrungen von der ersten bis zum Abschluß seiner 1600. Gallensteinoperation interessant genug, um Beachtung beanspruchen zu können. Denn seine Auffassung, daß unsere Eingriffe sich nicht auf Gallenblase und Cysticus beschränken dürfen, sondern auf das ganze Gallensystem, Choledochus, Hepaticus und Pankreas erstrecken müssen, kann nicht oft genug wiederholt werden. Kommen auch Fälle vor, wo die Cystostomie oder Gallenblasenexstirpation allein genügt, so ist es doch in der Mehrzahl der Operationen notwendig, außer der Entfernung der Gallenblase samt Cysticus auch die Spaltung, Ausräumung und Drainage des Choledochus und des Hepaticus mittels T-Rohres vorzunehmen. — K.'s jetzige Operationsmortalität beträgt bei unkomplizierten Gallensteinleiden nur noch 1 : 72, obwohl er sehr strenge Anzeigen aufstellt; er operiert nur noch aus vitaler Indikation beim chronischen Choledochusverschluß, beim akuten und chronischen Empyem der Gallenblase, bei Perforation und Krebs und aus relativer Indikation in allen Fällen, bei denen durch dauernde Beschwerden oder häufige Koliken die Lebensfreude und Erwerbsfähigkeit herabgesetzt wird (Cholecystitis chron., Verwachsungen).

Kramer (Glogau).

---

48) Johannes Oehler. Beitrag zur Kasuistik und Diagnose des primären Karzinoms der Papilla Vateri. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3. 1910.)

Bei einer 60jährigen Pat. der Freiburger Klinik, die mit Ikterus, Abmagerung, Leibschmerzen, vergrößerter Gallenblase, jedoch ohne Koliken, zur Aufnahme kam, wurde Geschwulstverschluß des Ductus choledochus diagnostiziert und ein haselnußgroßes Adenokarzinom der Papille transduodenal exstirpiert. — Nach Besprechung der bisher veröffentlichten zwölf Fälle von Radikaloperation bei Papillenkarzinom kommt Verf. zu dem Schluß, daß sich ein bestimmtes Schema für die Differentialdiagnose der einzelnen Arten des Geschwulstverschlusses und die Unterscheidung des Geschwulstsitzes nicht aufstellen läßt, daß aber in manchen Fällen mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit die genaue Diagnose gestellt werden kann. — Es sind zwei Operationsmethoden zu unterscheiden: Querresektion des Duodenum in Höhe der Papille (nach Kausch's Vorgehen zweizeitig) und transduodenale Papillenexstirpation. Bei kleinen Karzinomen hält O. den letzteren Eingriff für geeigneter. Eine Tabelle zeigt, daß von den bisher operierten Fällen $^{2}/_{3}$ geheilt wurden; davon erlagen zwei später einem Rezidiv; $^{1}/_{3}$ starb sofort nach der Operation.

H. Fritz (Tübingen).

---

49) Eugen Bircher. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der akuten hämorrhagischen Pankreatitis. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCII. Hft. 2.)

Veröffentlichung eines Falles von akuter hämorrhagischer Pankreatitis. Die Diagnose war erschwert durch einen gleichzeitig bestehenden irreponiblen druckempfindlichen Leistenbruch. Die Operation bestand in Entfernung des entzündlich-hämorrhagischen Herdes im Pankreas und führte zur Genesung. B. meint, es müsse um so eher gelingen, den gefahrdrohenden Herd zu beseitigen, je früher

man den Eingriff vornehmen könne. Freilich liegen nicht alle Fälle technisch so günstig wie der beschriebene. Dabei war noch interessant, daß das entfernte Stück des Pankreas pathologisch-anatomisch sich als Karzinom erwies. Der oft betonte Zusammenhang von Gallensteinen und Pankreatitis wird auch durch des Verf.s Veröffentlichung des Weiteren bestätigt. Man soll deswegen auch stets bei Pankreaseingriffen die Gallenwege revidieren und operativ möglichst beide Organe angreifen. Dabei ist die radikale Beseitigung einer Gallenblasenaffektion ratsam. Interessant ist, daß auch der Pankreaskrebs den Boden für eine Pankreatitis abgeben kann. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

50) Wilson. Clinical experiences with the Cammidge reaction. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

W.'s Untersuchungen an insgesamt etwa 500 Fällen hatten das Ergebnis, daß die Resultate bei Anstellung der Cammidge'schen Reaktion für die Diagnose wertlos und irreführend sind. W. v. Brunn (Rostock).

---

51) Oscar Föderl. Über subkutane Bauchverletzungen. (Med. Klinik 1910. p. 1643, 1689 u. 1730.)

Der klinischen Schilderung der Verletzung der einzelnen Baucheingeweide sind Kranken- und Operationsgeschichten aus der eigenen Beobachtung der letzten 5 Jahre zugesellt.

Bei einem Falle von Zerreißung der Leber, der Bauchspeicheldrüse und eines größeren Gallenweges enthielt der Harn am Tage der erfolgreichen Operation Zucker und Azeton; letzteres fand sich, wenn auch selten, auch bei Hämothorax und sonstiger, durch Verletzung bedingter Blutung in der Unterleibshöhle, vorwiegend aber bei geplatzter Extra-uterin-Schwangerschaft, so daß nicht bloß die Blutung, sondern neben dieser noch ein anderer Umstand für die Abspaltung des Azetons aus dem Bluteiweiß herangezogen werden muß. Eine Zerreißung der Leber und des Ductus cysticus wurde durch Operation zur Heilung gebracht. Eine Durchquetschung des Ductus choledochus führte zu massigem Gallenerguß in den freien Bauchraum und dem Bilde des Ascites. Durch Hufschlag gegen den Bauch wurde einmal nur das untere Drittel einer Niere fast vollständig abgerissen; Entfernung der Niere, Heilung. — Zwei operierte Fälle von Blasenriß durch Bauchquetschung. Äußerer Anlaß, Mechanismus und Krankheitszeichen der subkutanen Magen-Darmverletzungen. In den letzten 5 Jahren wurden operiert 18 Fälle subkutaner Bauchverletzung (10 Heilungen), abwartend behandelt 25 Fälle von Bauchquetschung (kein tödlicher Ausgang). Indessen fordert schon die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Blutung oder beginnende Bauchfellentzündung zum Probe-Leibschnitt auf, wobei man alle Eingeweide überblicken soll. Georg Schmidt (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 2. Sonnabend den 14. Januar 1911.

Inhalt.

I.

Zur Frage der „Venenunterbindung bei eitriger Pfortaderthrombose nach Appendicitis".

Von

Prof. Dr. Sprengel in Braunschweig.

Unter dem obigen Titel hat Wilms in Nr. 30 1909 dieser Zeitschrift einen Fall veröffentlicht, in welchem bei einem 42jährigen Manne, der nach Inzision eines periappendicitischen Abszesses unter den Erscheinungen der Lebersepsis zu erliegen drohte, mit augenscheinlichem Erfolg die Unterbindung der von der Ileocoecalgegend leberwärts verlaufenden Mesenterialvenen vorgenommen wurde. Die Mitteilung ist wichtig und zu weiteren Versuchen anregend. Ob sie auch praktisch eine so große Bedeutung erlangen wird, wie es einer so aussichtslosen Komplikation gegenüber zu wünschen wäre, und nach dem glatten Verlauf des Wilms'schen Falles erscheinen könnte, wird weiter zu prüfen sein. Nach einer

vor kurzem gewonnenen persönlichen Erfahrung möchte ich gewisse Einschränkungen schon jetzt für erlaubt halten.

Der am 5. September v. J. in Beobachtung tretende Fall betraf einen 29jährigen Mann, Pharmazeut, der 36 Stunden vor der Aufnahme ganz plötzlich mit heftigsten Leibschmerzen an einem ersten appendicitischen Anfall erkrankt war. Mehrmals Erbrechen.

Status. Kräftiger Mann. Puls 104. Temperatur 37,4. Zunge wenig belegt. Leberstand normal. Bauchdecken links weich und schmerzlos, rechts unten deutlich gespannt und außerordentlich druckempfindlich. Im Rectuswinkel deutliche Dämpfung.

Sofortige Operation. Wechselschnitt. Bei der Eröffnung des ödematös verdickten Peritoneum quillt trüb-eitriges dünnes Exsudat hervor. Wurmfortsatz, nach vorn unten liegend, ist enorm vergrößert, dunkelblaurot, hämorrhagisch infarziert, stellenweise ausgesprochen gangränös. Aus einer Perforation an der Spitze quillt Jauche. Mesenteriolum prall geschwollen. Abtragung. Stumpfversorgung in dem veränderten Gewebe unmöglich. Die Revision des kleinen Beckens ergibt massenhaft jauchiges Exsudat. Austrocknung, Beckendrain, Ringtampon.

Die Schleimhaut des aufgeschnittenen Wurmfortsatzes ist mißfarben und destruiert. Stellenweise durchgreifende Gangrän. Eine Perforation an der Spitze. Großer blockierender Kotstein proximalwärts.

Verlauf. Am ersten Tage glatt; am 2. und 3. Tage langsam ansteigende Abendtemperatur bei weichem Leib und gutem Allgemeinbefinden.

14. September. Erster Schüttelfrost, Temperatur 39,1. In den folgenden Tagen täglich 2—3mal Schüttelfrost mit Temperaturen von 40—40,6. In der Zwischenzeit Befinden leidlich, Puls etwa 90, Leib weich und schmerzlos. Lungenbefund normal; Leber nicht vergrößert, nicht empfindlich, kein Ikterus.

Diagnose. Pylephlebitis. Die Einwilligung, zu der schon am 16. Sept. vorgeschlagenen Wilms'schen Operation ist erst am 18. zu erlangen.

18. IX. Zweite Operation in Beckenhochlagerung.

Gründliche Ausspülung, Reinigung und Übernähung der Wunde. Querschnitt, nahe der Mitte der Wunde beginnend, nach links. Quere Durchschneidung des rechten, Einschneiden des linken Rectus. Sorgfältigstes Abstopfen der Därme. Beim Vordringen auf das Coecum wird der alte Entzündungsherd eröffnet. Colon ascendens und Coecum fest auf der Rückwand der Bauchhöhle aufliegend. Ein Mesenterium commune ist nicht vorhanden, weshalb die Ablösung des Coecum mit den zu ihm verlaufenden retroperitonealen Venen auf große Schwierigkeiten stößt. Das retroparietale Peritoneum ist sehr fettreich, so daß eine übersichtliche Freilegung der Gefäße nicht gelingt. Das Mesenterium des unteren Dünndarmendes und das abgehobene, im Ileocoecalwinkel liegende Peritoneum mit den hinter ihm liegenden Gefäßen wird in schräger Linie in mehreren Bündeln abgebunden.

Schichtnaht des Querschnitts. Ausgiebige Drainage und Tamponade.

Verlauf. Die Schüttelfröste wiederholten sich zwar nur noch dreimal und hörten dann auf; auch die Befürchtung, daß die Operation in unsauberem Terrain eine diffuse Peritonitis zur Folge haben werde, bestätigte sich nicht; der Leib blieb weich und schmerzlos. Aber es bildete sich außer einer Kostfistel am Coecum, unter unregelmäßigen Temperaturen, leichtem Ikterus, mehrfach wiederholten leichten Blutungen aus der schlecht aussehenden Wunde das Bild allge-

meiner Sepsis aus, welcher der Kranke am 9. Oktober, 3 Wochen nach der zweiten Operation, erlag.

Die Sektion — Herr Dr. W. H. Schultze — ergab neben dem umschriebenen Infektionsherde in der rechten Darmbeingrube und der erwähnten Kotfistel am untersten Ende des Dünndarms Thrombophlebitis der Vena mesenterica superior und inferior; Pylephlebitis mit Fortsetzung bis in die feinsten Verzweigungen der Pfortader; in der Leber massenhafte Abszesse von Kirsch- bis Pflaumengröße; Milztumor und Myokarditis.

Von den Unterbindungsstellen im Ileocoecalwinkel gewann man den Eindruck, daß sie nur an beiden Rändern, also nahe dem Coecum und Ileum den beabsichtigten Zweck erreicht hatten, in der Mitte nicht völlig durchgegriffen hatten.

Die von mir ausgeführte zweite Operation hatte also den von uns richtig diagnostizierten deletären Prozeß in der Pfortader und ihren Verzweigungen nicht kupiert und nicht kupieren können, weil die Abbindung der Gefäße sich nicht in der erforderlichen Vollständigkeit hatte ausführen lassen.

Ich bin schon aus diesem Grunde weit entfernt, meine unvollständige Beobachtung etwa gegen den Vorschlag von Wilms verwerten zu wollen. Gegenüber der trostlosen, wenn auch nicht absolut letalen Prognose der in Rede stehenden Komplikation der Appendicitis darf man sogar die sicherlich nicht geringe Gefahr der in oder nahe dem infizierten Terrain auszuführenden Operation nicht allzu hoch anschlagen. Aber das möchte ich doch hervorheben, daß die Operation keineswegs so einfach und sicher in der Ausführung ist oder zu sein braucht, wie man nach der sehr glatten Schilderung von Wilms annehmen könnte.

Wilms hat, wie ich glauben möchte, einen Fall mit gut entwickeltem und wenig fettreichem Mesenterium commune vor sich gehabt. Ist das der Fall, ist also das Kolon mit dem unteren Dünndarmende gut beweglich aufgehängt, so wird die Aufhebung des Kolon mit dem zugehörigen Mesenterium des Ileocoecalwinkels ohne Schwierigkeit gelingen und die übersichtliche Freilegung der Darmgefäße nach Spaltung der vorderen Mesenterialplatte und selbst vielleicht die Schonung der Arterien möglich sein, was die Gefahr einer konsekutiven Darmgangrän zwar nicht beseitigen, aber vielleicht einschränken könnte. Liegt aber die Sache so, daß das Colon ascendens kein ausgebildetes Mesenterium hat, so ist die Aufsuchung und Isolierung der nicht in einer mobilen Peritonealduplikatur, sondern in dem retroperitonealen Zellgewebe zum Kolon tretenden Gefäße eine unsichere Sache, die dann nahezu unmöglich wird, wenn zugleich reichliche subseröse Fettansammlung besteht. Ich habe die zuletzt geschilderten Verhältnisse vorgefunden und dementsprechend den Eindruck einer gefahrvollen und in hohem Grade unsicheren Operation gewonnen, wobei ich die von Wilms selbst betonte Möglichkeit einer sekundären Darmgangrän nicht erörtern will.

Ein einzelner Fall kann selbstverständlich nicht entscheidend sein, aber immerhin nicht belanglos, zumal auch der Wilms'sche Fall vorläufig der einzige seiner Gattung ist.

Braunschweig, im Dezember 1910.

II.

Aus der chirurgischen Klinik des städtischen Krankenhauses
zu Frankfurt a. M. Geheimrat Rehn.

Glyzerin als Blasenlaxans.

Von

Dr. Otto Franck.

Nicht ganz so häufig wie Paresen des Darmes als Folgeerscheinung intraabdominaler Eingriffe kommen postoperative Blasenparesen vor. Die Wichtigkeit ihrer exakten Behandlung liegt in der Cystitisgefahr durch Harnstauung. Als Ursache dieser Detrusorlähmungen kommen die gleichen Noxen wie beim Darm in Betracht, also Läsionen der Bauchpresse und Traumen des Peritonealüberzuges der Blase, daher sie sich auch mit besonderer Vorliebe an Vorgänge in nächster Blasennähe, Bruch- und Mastdarmoperationen, sowie an gynäkologische Eingriffe anzuschließen pflegen. Als erschwerendes Moment kommt ferner in Betracht, daß eine nicht geringe Anzahl von Pat. überhaupt nicht imstande ist, im Liegen Wasser zu lassen.

Zur Bekämpfung dieser postoperativen Blasenlähmungen kommen wir in einzelnen Fällen mit symptomatischen Maßnahmen, Wärmeapplikation, Bärentraubenblättertee u. dgl. aus. In der Mehrzahl der Fälle sind wir gezwungen, zum Katheter zu greifen. Aber abgesehen von der Lästigkeit und Schmerzhaftigkeit seiner Anwendung und der oft viel zu wenig beachteten Infektionsgefahr helfen wir auch damit meist nur symptomatisch, etwa wie bei der Darmlähmung mit Einführung eines Darmrohres, und müssen den Eingriff infolgedessen mehrmals, zuweilen tagelang, ja in manchen, besonders gynäkologischen Fällen wochenlang wiederholen, bis sich die normale Funktion der Blase wieder herstellt. Daß dabei Cystitiden unausbleiblich sind, bedarf keiner Erwähnung.

Von gynäkologischer Seite wurde zuerst, und zwar zunächst als Prophylaxe gegen postoperative Cystitiden eine intravesikale Glyzerineinspritzung empfohlen (Baisch, Döderlein u. a.), und zwar 20 ccm und mehr einer 2%igen Borglyzerinlösung in die gefüllte Blase. Von ungleich höherer Bedeutung als der antiseptische Effekt dieser Injektion war der Umstand, daß Glyzerin in ausgezeichneter Weise die »Peristaltik« der Blase anzuregen vermochte. Ganz kurze Zeit nach dem Eindringen konnte man mit Sicherheit auf eine spontane Entleerung der paretischen Blase rechnen, und fast durchweg war dieser Erfolg von Dauer, nur in ganz seltenen Ausnahmen wurde eine zweite Injektion erforderlich.

Wir haben nun in einer großen Zahl von Fällen postoperativer Blasenlähmung diese Methode nachgeprüft, bei Männern sowohl wie bei Frauen, und erlebten in der Tat kaum einen Versager. Nach Einführung eines Nélaton wurden 30 ccm Borglyzerin in die prall gefüllte Blase eingespritzt ohne Urin abzulassen, und spätestens nach $^1/_4$ Stunde trat meist ohne besondere Reizerscheinung die erste und von da ab dauernd spontane Entleerung ein.

Das Umständliche und wenig Sympathische bei der Methode erschien die Einführung des Katheters; denn es gehört sowohl für den Arzt, wie für den Pat. ein gewisses Maß von Überwindung dazu, ohne Entlastung der schmerzhaft gefüllten Blase noch 30 g Flüssigkeit hineinzuspritzen und den Katheter gewisser-

maßen ungebraucht herauszuziehen. Wir haben darum in letzter Zeit versucht, die Glyzerinlösung ohne Katheter direkt durch das Orificium urethrae in die Blase zu spritzen. Als weiterer Vorteil stellte sich dabei noch heraus, daß man einer viel geringeren Menge Glyzerin bedurfte, um den erwünschten Erfolg zu erzielen, nämlich nicht mehr, als zu der Überwindung des Sphincter vesicae erforderlich war. Wir spritzten gewöhnlich 15—20 g ein. Dabei flossen 10 g wieder durch die prall gefüllte Urethra zurück, so daß nur 5—10 g in die Blase gelangten. Das genügte stets, um in spätestens 20 Minuten eine spontane Entleerung mit weiterem dauerndem Erfolge herbeizuführen.

Die derart vereinfachte Technik legte den Gedanken nahe, auch bei Harnverhaltungen anderer Natur einen Versuch mit diesem »Blasenlaxans« zu machen. So konnten wir bei mechanischen und neurogenen Lähmungen vorübergehend wieder spontane Entleerungen herbeiführen, wobei das Glyzerin gewissermaßen als flüssiger Katheter wirkte, und selbst Strikturen und Verhaltungen durch Prostatahypertrophie zeigten noch augenscheinlichen, wenn auch nur momentanen Erfolg. Ein Pat., der nach anderweitig gesetzter Prostataenukleation jahrelang infolge Stenose nur durch Katheterismus sein Wasser los werden konnte, entleerte prompt, wenn auch unter Schmerzen, jedesmal spontan nach der Injektion. Dankbarer sind die häufigen Fälle oft ungeklärter vorübergehender Harnverhaltungen, bei denen der Katheter und andere Maßnahmen den Pat. durch diese kleine Injektion erspart bleiben, sowie die Fälle, wo die Einführung des Katheters mißlingt. Kontraindiziert sind wohl nur floride Prozesse der vorderen Harnröhre, trotzdem es unwahrscheinlich ist, daß Glyzerin zu einer Keimverschleppung in höherem Grade beitragen könnte als ein Katheterismus.

III.

Operative Behandlung der Stenosen.

Von

F. A. Kehrer in Heidelberg.

Die pathologischen Verengerungen häutiger Kanäle, welche durch Rückstauung des Inhaltes zu vorübergehend schmerzhaften Kontraktionen der Muskelwände und bei längerer Dauer zur Erweiterung der Höhle mit oder ohne Hypertrophie führen, werden durch Einlegen von Bougies von zunehmender Dicke, Quellstiften u. dgl. Dilatatoren zwar stumpf, aber stets mit Einrissen in die rigiden Gewebe behandelt. Gerade der letztere Umstand bedingt aber die Gefahr einer nachträglich wiederkehrenden Verengerung. Deshalb hat man durch doppelseitige oder radiäre Spaltung und nachfolgende Einlegung von dicken Glasstäben eine Wiederverengerung zu verhüten gesucht. Die folgende Methode, welche ich die Längsspaltung mit Querfaltung der Wundränder nennen möchte, wurde zuerst von Heineke und Mikulicz bei Duodenalstenose versucht, und zwar nur einseitig. Das hat den Nachteil, daß der Gang nach der Seite des Schnittes abgebogen wird.

Legt man die Schnitte einander gegenüber und macht sie gleich lang, so bleibt der Kanal gestreckt. Die Methode besteht nun darin, daß man zwei gleiche Längsschnitte durch die Dicke der Kanalwand führt, dann die Umgebung der beiden Schnittenden mit einer Nadel durchsticht, zusammenzieht und knotet,

wodurch eine liegende ∞ entsteht. Die beiden seitlichen Schleifen der Acht können durch weitere Suturen linear vereinigt werden. Operiert man an einem Kanal mit verschieblicher Schleimhaut, so genügt es, die Muscularis zu durchschneiden und den Schleimhautkanal uneröffnet zu lassen, so daß der Inhalt nicht in die Wunde gelangt. Als Nahtmaterial ist dünnes, sterilisiertes Catgut zu verwenden.

Die Vorteile dieser Methode liegen darin, daß der Kanal durch das Zusammenklappen der Wundränder die Kreisform verliert und in ein Parallelogramm verwandelt wird, das zwei- bis dreimal so groß ist, als ersterer. Ich möchte glauben, daß diese Methode verwendbar sei, und zwar ein- oder doppelseitig, bei Stenosen des Darmkanals, speziell des Dünndarmes, des Ductus choledochus, ferner bei Stenosen der Cervix uteri und Narbenverengerung der Vagina, auch wohl bei Harnleiter- und Harnröhrenstrikturen.

---

1) Breslauer chirurgische Gesellschaft.

Versammlung am 21. November 1910 im Josephstift.

Vorsitzender: Herr Küttner.

Tagesordnung.

1) Herr Kaposi demonstriert einen Landwirt, der vor 8 Wochen nach Hufschlag eine Fraktur des rechten Stirnbeins mit 2tägiger Bewußtlosigkeit erlitten hatte, nach der eine einseitige Erblindung des rechten Auges zurückblieb. Da bereits Atrophie des Opticus mit dem Augenspiegel zu konstatieren, ist jeder operative Eingriff ausgeschlossen. Vortragender wirft die Frage auf, ob durch Frühtrepanation in ähnlichen Fällen möglicherweise die Erblindung verhütet werden könnte.

Diskussion. Herr Förster spricht den Verdacht aus, daß es sich im vorliegenden Falle vielleicht um einen Gehirnabszeß handeln könnte.

2) Ferner demonstriert derselbe eine Frau mit sehr schwerer Elephantiasis cruris, bei welcher die Hochlagerung, Bindenwicklung und Exzision in drei Sitzungen zu sehr gutem Erfolge geführt hat, so daß die Kranke jetzt völlig arbeitsfähig ist.

Über die Draudt-Handley'sche Lymphangioplastik hat der Vortr. keine eigene Erfahrung, möchte sie aber, da seine Methode sicher die ungefährlichere ist, auch nicht anwenden.

Herr Goebel weist auf die Behandlung der Elephantiasis tropica nach Castellani-Ceylon hin: nach 8tägiger Hochlagerung mit Flanell- oder Gummibindeneinwicklung alle 1—2 Tage Fibrolysininjektion, die event. nach 8 Tagen, wenn nötig noch öfter wiederholt wird. Er demonstriert Bilder, die die großen Vorteile des Verfahrens zeigen. Die Handley'sche Lymphangioplastik hat G. in dem früher demonstrierten Falle nur gemacht, weil die Ursache der Elephantiasis, ein chronisches Ekzem der Fußsohle, allen Mitteln trotzte und noch trotzt. Übrigens hat G. auch bei der kapillären Fadendrainage der oberen Extremität, z. B. nach Mammakarzinom, totale Mißerfolge gehabt.

Herr Küttner erwähnt einen Fall von Elephantiasis des Penis und Scrotums, in dem nach mehreren vergeblichen, zum Teil recht großen Eingriffen durch Injektion von Fibrolysin völlige Heilung erzielt wurde.

Herr Tietze berichtet über einen vor Jahren von ihm nach der eben von Herrn Kaposi geschilderten Weise operierten Fall. Derselbe hat ein schweres Rezidiv ergeben.

Herr Gottstein bestätigt das, was Herr Tietze gesagt hat, und erwähnt einen Fall, der von Klinik zu Klinik wandert, sich in jeder Klinik ein Stück entfernen läßt, um so auf Freibett sein Leben zu fristen.

3) Herr F. Fröhlich: a. Akute Magenperforation.

28jähriges Mädchen, seit 12 Jahren an Magenschmerzen und -blutungen leidend, erkrankt am 20. Oktober 1909 nach dem Aufstehen unter den Symptomen einer Geschwürsperforation: intensiver Schmerz und starkes Bluterbrechen, Bauch stark gespannt und schmerzhaft, schwere Anämie, fadenförmiger Puls.

2. II. 10. Laparotomie 12 Stunden nach der Perforation. Trübes blutiges Exsudat in der Oberbauchgegend. Reichliche Blutgerinnsel hinter dem Omentum minus. Bleistiftdicke, scharfrandige Perforation an der Hinterwand des Magens nahe dem Pylorus. Umgebende Magenwand nicht erheblich verhärtet. Zwei Reihen Serosanähte. Gummidrain, Tampon. Drei kleine Inzisionen in der Unterbauchgegend und Einlegen von Gummidrains. Keine Spülungen. Ernährung 4 Tage lang durch Kochsalz-Kognakklistiere und Eingießungen von Kochsalzlösungen durch die Drains in die Bauchhöhle. Weiterhin Geschwürsdiät. Völlige Heilung trotz der noch auftretenden Komplikationen: Thrombose am rechten Unterschenkel, Pneumonie und schwere Angina. Magenblutungen und -schmerzen bis 21. XI. 10 nicht mehr aufgetreten. Gewichtszunahme 15 Pfund.

4) Herr F. Fröhlich: b. Lebercirrhose: Talma'sche Operation.

67jähr. Pat. Potatrix, leidet seit 1 Jahr an Magendarmstörungen, seit 3 Monaten an starkem Ascites; keine Blutungen aus dem Magen oder Darm. Interne Behandlung und zweimalige Punktionen ohne Erfolg. Extraperitoneale Omentofixation eines Netzzipfels in die rechte Bauchwand und intraperitoneale Fixation des übrigen Netzes. Ascites und Magendarmstörungen schwinden und kehren nicht wieder, ohne daß noch Punktionen nötig wären. Der gute Erfolg ist zurückzuführen auf den normalen Befund von Herz und Niere, das Fehlen von Leberschrumpfung und nachweisbaren Störungen der äußeren Drüsenfunktion, und auf das Vorhandensein zahlreicher erweiterter Venen in Subserosa und Netz.

Diskussion. Herr Partsch bemerkt, daß die Frage der Besserung der Zirkulationsverhältnisse durch die Talma'sche Operation noch nicht geklärt sei. Er erwähnt einen in dieser Beziehung lehrreichen Fall, in dem ein 43jähriger Ingenieur (mäßiger Alkoholist) 1/2 Jahr nach einem Trauma der rechten und linken Seite (Sturz von einer Leiter) an Lebercirrhose erkrankte. Neben Milztumor bestand Ascites, der in kurzer Zeit dreimal punktiert werden mußte. 1/4 Jahr später kam Pat. mit starkem Ascites, Knöchelödem und schlechtem Puls ins Krankenhaus, wurde punktiert, wobei sich 12 Liter entleerten; er starb nach 2 Tagen an Herzschwäche. Die Sektion ergab starke Cirrhose der Leber, sehr fetthaltiges Mesenterium; das Netz bildete einen quer den Leib durchziehenden, rechts vor der Flexur und links vor der Milz mit der Bauchwand verwachsenen Strang. Diese breiten Verwachsungen hatten also die stetige Neubildung des Ascites nicht hindern können.

Herr Küttner betont, daß zwischen der einfachen Verwachsung des Netzes mit dem Peritoneum parietale und der Einpflanzung des Netzes in die vordere Bauchwand doch ein Unterschied zugunsten des letzteren Vorganges bestehe. Allerdings finde man oft bei Talma'schen Operationen ein bereits ausgebildetes Caput medusae, ohne daß eine Besserung eingetreten wäre. Überhaupt ist K.

mit den Erfolgen der Talma'schen Operation wenig zufrieden; wenn der Eingriff auch außerordentlich einfach ist, so ist die Mortalität wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Pat. doch keine geringe; ebenso läßt der Endeffekt meist zu wünschen übrig. Ein sehr gutes Resultat erzielte K. bei einem Ascites nach Pfortaderthrombose bei schwerer Verbrennung, doch muß es zweifelhaft bleiben; ob die Pfortader nicht wieder durchgängig geworden ist.

Herr Tietze berichtet über seine Erfahrung bei Talma'scher Operation, die sich auf annähernd zehn Fälle erstreckt, von denen nur einer ein wirklich befriedigendes Resultat ergeben hat. In einem geeigneten Falle würde er sich doch zur direkten Venenanastomose entschließen.

5) Herr F. Fröhlich: c. Sarcoma scapulae. Resectio scapulae.

36jähriger Herr. Fluktuierende mit Haut verwachsene Geschwulst am rechten Schulterblatt, die Teile der Fossa infra- und supraspinata einnimmt.

3. II. 10. Resectio scapulae. Der Gelenkfortsatz wird zurückgelassen, weil die Gelenkgegend und Achselhöhle frei von Geschwulstmassen und Drüsen sind und die Beweglichkeit im Schultergelenk nicht gehindert ist. Riesenzellensarkom. Pat. bis 21. XI. 10 rezidivfrei. Der rechte Arm kann bis zur Horizontalen gehoben werden.

Diskussion: Herr Küttner demonstriert sieben Präparate von exstirpierten Schulterblattgeschwülsten, darunter zwei Sarkome, ein großes Chondrosarkom, ein Fibrosarkom der Fossa infraspinata, eine geschwulstartige Tuberkulose und zwei kartilaginäre Exostosen, von denen die eine von der Crista nach außen entwickelt war, die andere, von der Innenfläche ausgegangene, typisches Skapularkrachen hervorgerufen hatte; ferner erwähnt K. den Fall eines Studierenden, dessen medulläres, zerfließliches Schulterblattsarkom in wenigen Wochen den Tod an Metastasen herbeiführte. Wenn es irgend verantwortet werden kann, erhält K. die Gelenkverbindung mit dem Oberarm und die wichtigsten Bänder, exstirpiert aber bei Sarkomen die Muskeln so radikal wie möglich.

6) Herr Kaposi: a. Demonstration eines kindskopfgroßen eingeklemmten Nabelbruches, dessen Operation sehr große Schwierigkeiten gemacht hatte. Nach vorübergehender Kotfistel aber völlige Heilung.

b. 48jähriger Kranker mit Hirschsprung'scher Krankheit. Vor einem Jahre wegen Ileus laparotomiert. Die ungefähr 1 m lange Flexur war um 180° um die Achse gedreht, hatte zu kolossaler Auftreibung geführt. Die Schlinge nahm den ganzen Bauchraum ein. Die Drehung wird beseitigt durch ein durch den After eingeführtes Darmrohr, auf dem Operationstisch Stuhl entleert und allmählich die Schlinge exprimiert und in den Bauch reponiert. Heilung glatt. Jetzt noch Beschwerden von der stets gefüllten Darmschlinge. Heilung könnte nur durch Resektion erzielt werden.

c. Zwei Fälle von Coecaltuberkulose. Beide gingen unter Diagnose Appendicitis zu. 1) 24jähriger Mann, 2) 32jähriges Mädchen. Beide Geschwülste wurden reseziert. End-zu-Endvereinigung. In beiden Fällen glatte Heilung. Der junge Mann hat in 4 Monaten 20 Pfund zugenommen, ist ganz gesund. Mädchen wegen Lungenaffektion noch in Heilanstalt, aber von seiten des Leibes beschwerdefrei.

Ferner Demonstration eines Coecalkarzinoms. $4^1/_4$ Jahre geheilt. Besprechung von noch drei anderen Fällen von Dickdarmkarzinom.

Diskussion: Herr Küttner fragt an, ob zweizeitig operiert worden ist.

Herr Kaposi hat in allen Fällen von Karzinom der Flexur und des Colon ascendeus ohne Stenosenerscheinungen einzeitig, in Fällen mit Stenosenerscheinungen dagegen zwei- oder dreizeitig operiert.

Her Küttner bemerkt, daß man am Blinddarm immer einzeitig operieren könne; bei Geschwülsten des übrigen Dickdarmes sei es Glückssache.

---

2) **M. Friedemann. Klinische Erfahrungen über postoperative Thrombosen und Embolien.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2. 1910.)

F. hat 13 000 Krankengeschichten der Rostocker Klinik gesichtet und darunter 214 Fälle von Thrombosen und Embolien gefunden, darunter 144 postoperative. Auf 9228 Operationen verteilen sich dieselben so, daß 3,6% Thrombosen nach Laparotomien (einschließlich der Hernien), 0,9% nach anderen Operationen auftraten.

Was die Ätiologie betrifft, so konnte F. eine ausschlaggebende Rolle der Infektion des kreisenden Blutes bei der Entstehung der Thromben, insbesondere der postoperativen, nicht nachweisen; doch trat, abgesehen von dem indirekten Einfluß (Herz, allgemeiner Kräftezustand usw.) ihre lokale Wirkung (bei Abszessen, Entzündungsherden usw.) sehr oft deutlich hervor.

Zirkulationsstörungen mäßigen Grades waren vorhanden in 39 Fällen, starker Art in 79, stärksten Grades in 9 Fällen. Nur 17mal wurden sie ganz vermißt. In diesen letzteren Fällen war Infektion leichten oder schwereren Grades nachzuweisen, so daß in keinem einzigen Falle beides, Infektion und Stromstörung, fehlte.

Bei 144 Pat. mit postoperativen Thrombosen war 73mal durch Lungenaffektion, 13mal durch große Geschwülste oder starken Meteorismus die Atmung behindert. In 15% der postoperativen Thrombosen sind Varicen erwähnt, und die Beteiligung der Vena saphena und ihres Quellgebietes überragte die aller anderen Venen. Es waren 126mal Venen der unteren Extremität, 47mal Venen des Beckens und Bauches und 10mal Venen des Kopfes, Halses und der oberen Extremität befallen. So oft thrombosierte Venen exstirpiert wurden, fand sich bei der histologischen Untersuchung Veränderung der Venenwand. Bei Besprechung anderer Ursachen weist F. besonders auf die Häufigkeit der Thrombose bei Karzinom hin, besonders gefährlich scheint die Kombination von Karzinom und Varicen. F. hält es nicht für angängig, die Infektion als ätiologisches Moment zu sehr zu betonen. Bezüglich der Prophylaxe erweist er auf den Wert des Frühaufstehens nach der Operation. Bei 435 in der ersten Woche p. operat. Aufgestandenen fanden sich 1,1% Thrombosen, bei 423 später Aufgestandenen 4,7%. 25% der postoperativen Thrombosenfälle führten zur Embolie. Trendelenburg's Operation wurde nur einmal ausgeführt; hier war jedoch kein Embolus vorhanden, es handelte sich um Myodegeneratio cordis. Bei den anderen Fällen erfolgte der Tod meist zu rasch, oder es waren die Erscheinungen zu unsicher. Nur in einem Falle gewann F. den Eindruck, daß die Trendelenburg'sche Operation lebensrettend hätte wirken können. H. Fritz (Tübingen).

---

3) **K. J. Akimow-Peretz. Zur Frage von den späten Komplikationen bei Chloroformnarkosen.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Zwei Fälle von Leberaffektion nach Choroformnarkose. 2 Tage nach Laparomyomotomie entwickelte sich das Bild der akuten Leberatrophie, wie es Guleke im Archiv für klin. Chirurgie 1907, Bd. CXXXIII, beschrieben hat. Doch wurde in den beiden Fällen des Verf. Temperatursteigerung bis 39 bzw. 37,9° beobachtet. Ein Fall ging in Heilung über, der zweite endete am 3. Tage tödlich. Man kann in solchen Fällen fälschlicherweise putride Toxämie vermuten.

Gückel (Kirssanow).

---

4) **M. Neu. Ein Verfahren zur Stickoxydulsauerstoffnarkose.** Aus der Univ.-Frauenklinik Heidelberg (Prof. Dr. C. Menge). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 36.)

Als Ergebnis dieser vorläufigen Mitteilung gibt N. folgende Zusammenfassung: Wir dürfen auf Grund der tierexperimentellen Erfahrungen im Heidelberger pharmakologischen Institut und auf Grund unserer vorläufigen eigenen klinischen Ergebnisse hoffen, daß sich die kombinierte Morphin-Skopolamin-Stickoxydul-Sauerstoffnarkose zu einer vortrefflichen Narkose ausgestalten läßt, weil sie keine schädlichen Einwirkungen auf Kreislauf und Atmung zu haben scheint und keine Spätwirkungen entfaltet. Kramer (Glogau).

---

5) **Franz Meyer. Über Morphium-Skopolaminnarkosen.** Inaug.-Diss., Straßburg, 1910.

Nach einem gründlichen Überblick über die Geschichte der Morphium-Skopolaminnarkose berichtet Verf. über 50 derartige im 1. Straßburger Garnisonlazarett ausgeführte Narkosen. Ein bis zwei Stunden vor der Operation wurde eine einmalige Dosis von 0,0005 g Skopolamin und 0,015 g Morphium in beide Brustseiten getrennt eingespritzt; als weiteres Narkotikum wurde Chloroform gegeben. Verf. beurteilt die Narkosenerfolge günstig. Die Menge des Chloroforms wurde wesentlich verringert, die Operation durch den sicheren Verlauf der Narkose erleichtert. Die üblen Nachwirkungen des Chloroforms, namentlich das Erbrechen, traten nicht so intensiv auf; die Herabsetzung der Sekretion verhinderte die Gefahr einer Aspirationspneumonie; die Überleitung in die Chloroformnarkose ging fast unbemerkt vor sich. Der Schlaf nach der Operation, der über den ersten Wundschmerz hinweghalf, und das Wohlbefinden beim Erwachen ließen die Anwendung der Methode als sehr human erscheinen. Glimm (Klütz).

---

6) **T. S. Glickmann. Über kombinierte Hedonal-Chloroformnarkose.** (Wratschnebnaja Gaz. 1910. Nr. 45.)

Auf Grund von mehr als 120 Narkosen kommt G. zu folgenden Schlüssen. $1^1/_2$—2 Stunden vor der Operation werden 2,0—3,0 Hedonal gegeben; das Chloroform tropfenweise. Die Exzitationsperiode ist kurz und leicht, ohne stärkere Bewegungen, durchschnittlich 7—8 Minuten dauernd. Erbrechen nur 1mal während der Narkose und 3mal nach derselben beobachtet. Chloroform wurde durchschnittlich 1,05 pro Minute verbraucht, bei größeren Hedonaldosen (2—3,0) nur 0,89. Der Puls bleibt voll, gut, keine Herzschwäche. Respiration ungestört, niemals Asphyxie. Nach der Narkose meist ruhiger Schlaf, 2—6 Stunden lang dauernd. G. gibt dieser Narkose den Vorzug vor dem Chloroform allein und Äther.

Gückel (Kirssanow).

---

7) **H. Schmitz-Peiffer. Zur Frage der intravenösen Äthernarkose.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Die aus der Kümmell'schen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses hervorgegangene Arbeit berichtet über 40 Fälle von Burckhardt'scher Narkose. Um Thrombenbildung zu verhüten, wurde der Infusionsstrom nie unterbrochen, sondern es wurde die Kanüle mit zwei Gefäßen in Verbindung gebracht, deren eines die 5%ige Äther-Kochsalzmischung, das andere physiologische Kochsalzlösung enthielt. War die Narkose eingetreten, so wurde durch Klemme die Äthermischung abgestellt und die Kochsalzlösung so lange langsam infundiert, bis das Wiederkehren der Reflexe die Anwendung der Äthermischung nötig machte. Zu Anfang der Versuche wurde zweimal geringe Cyanose, einmal Asphyxie beobachtet, die künstliche Atmung erforderte. Verf. führt diese Erscheinungen auf unrichtige Dosierung des Äthers zurück. Die übrigen Narkosen verliefen tadellos, ohne Zwischenfälle.

Dreimal bestanden nach der Operation einige Tage lang Schmerzen im betreffenden Arm; die Vene war verdickt zu fühlen, doch traten keine schwereren Erscheinungen von Thrombose auf. Elf Autopsien ergaben, daß Lungen, Herz und Nieren stets unversehrt waren, doch war in jedem Falle eine Thrombose an der Infusionsstelle zu finden. In den genau nach Burckhardt's Vorschrift narkotisierten Fällen waren die Thromben ziemlich derb, teilweise die Kollateralgefäße verstopfend, in den mit kontinuierlichem Infusionsstrom narkotisierten Fällen waren die Thromben kürzer und zarter und nicht stärker als diejenigen, die man bei gewöhnlicher Kochsalzinfusion mit Digalen oder Adrenalin antrifft. Verf. hält es für berechtigt, in geeigneten Fällen weitere Versuche mit der intravenösen Narkose zu machen. H. Fritz (Tübingen).

---

8) **A. L. Polenow. Zur Frage von der Anwendung der intravenösen Hedonalnarkose.** (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 45.)

60 Fälle, mit Benutzung des Apparates von Sidorenko. Niemals Erbrechen; normaler mehrstündiger Schlaf nach der Operation; nur in einigen Fällen Exzitation nach dem Erwachen, die einer Morphiuminjektion wich. Blutdruck (nach 15 Beobachtungen von Sabotkin mit Hilfe des Apparates von Riva-Rocci) während der Operation beinahe unverändert. Es wurden die verschiedensten Operationen ausgeführt, 15mal länger als eine Stunde — bis 2 Stunden 25 Minuten — dauernd, an Kranken von 6 bis 70 Jahren, oft mit bedeutender Arteriosklerose; bei letzterer wurde während der Narkose der Puls besser als vorher. Der ruhige, tiefe Schlaf gestattete ruhiges Operieren. P. kennt keine Gegenanzeige zu dieser Narkose.

Gückel (Kirssanow).

---

9) **Churchill. Rectal anaesthesia.** (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

Auf Grund seiner Erfahrungen an 74 Fällen empfiehlt C. das Verfahren für Operationen an Kopf und Hals und bei Pat. mit nicht tadellosen Lungen und hat ernstliche Schädigungen dabei nicht beobachtet.

Bei Bauchoperationen ist es kontraindiziert.

Übelkeit und Erbrechen nach der Narkose sind selten und geringen Grades.

W. v. Brunn (Rostock).

---

*

10) J. Blumfeld. *Discussion on the present position and limitations of spinal anaesthesia. (Brit. med. journ. 1910. September 17.)

Auf der Jahresversammlung der Brit. med. Association von 1910 war die Lumbalanästhesie Gegenstand ausgiebiger Besprechung.

B.: Die spinale Anästhesie ist für einige Fälle das geeignetste Betäubungsverfahren, aber sie ist nicht als Normalverfahren anzusehen. Eine ganz besonders wichtige Gegenanzeige ist für B. die Furcht vieler Kranker vor dem bewußten Erleben einer Operation. Er schätzt diese Angst als Quelle schwerer Schädigungen des Nervensystems außerordentlich hoch ein. Dadurch beschränkt sich die Zahl der geeigneten Fälle schon sehr. Die Fehlerfolge berechnet B. auf 2—7%. Den großen Vorzug des Verfahrens, durch Beseitigung aller peripheren Reize den Operationsshock zu vermindern, empfiehlt er nützlich zu verwerten durch Verbindung der spinalen Anästhesie mit der allgemeinen Narkose. Wegen der sehr geringen Menge des Narkotikums, die dabei nötig ist, ist die Gefahr der Allgemeinnarkose so gut wie aufgehoben. Ein weiterer unschätzbarer Vorzug der Spinalnarkose ist die vollständige, durch keine andere Art zu erreichende Erschlaffung der Bauchmuskeln. Als besonders geeignet zählt B. auf: Diabetes, Ileus, Peritonitis, Lungen- und Herzerkrankungen.

W. J. McCardie: Die Sterblichkeit von 24000 vom Ref. gesammelten Fällen betrug insgesamt 1 : 826, die Fehlerfolge, zu denen er ungenügende oder gar nicht erreichte Empfindungslosigkeit, Notwendigkeit späterer Narkose, Unmöglichkeit der Punktion überhaupt rechnet, betragen unter rund 12900 Fällen 9,3%. Seine eigenen Erfahrungen waren sehr unbefriedigend: unter 21 Fällen 12 Fehlerfolge, 3 Kollapse, 2 Todesfälle. Bei langdauernden gynäkologischen Operationen wirkt die Beckenhochlagerung schließlich unerträglich. Redner hält die spinale Narkose da für angezeigt, wo die toxischen Wirkungen der allgemeinen, langdauernden Narkose zu fürchten sind, also besonders bei alten Leuten und akuten Krankheiten, ferner beim Diabetes. Im allgemeinen hat die spinale Analgesie an Gunst verloren. Die meisten beschränken sich darauf, sie anzuwenden, wenn die örtliche Betäubung unmöglich, die allgemeine zu gefährlich ist.

Canny Ryall: Die spinale Betäubung ist angezeigt, wo die örtliche unzureichend und die allgemeine nicht zulässig ist. Außerdem gibt es besondere Anzeigen bei bestimmten Bedingungen: z. B. dringliche Operationen, Mastdarmoperationen, bei Alkoholikern, Lungen- und Herzkranken. Ebenso gibt es gewisse Gegenanzeigen, von denen R. eine Reihe aufzählt. Bei Beobachtung dieser Grenzen hält er die spinale Narkose für ein zukunftreiches Verfahren, das den ihm bestimmten Platz in der Chirurgie sich erhalten wird.

Morrison ist ein überzeugter Anhänger der spinalen Analgesie durch seine Erfahrungen an über 400 Fällen ohne gefährlichere Folgen als Erbrechen, Kopfschmerzen und seltene Versager. Weber (Dresden).

---

11) Caccia e Pennissi. La rachianestesia nella regia clinica chirurgica e negli ospedali di Roma. (Policlinico, sez. pratic. XVII. 38 u. 39.)

In einem kurzen Auszug einer ausführlichen, auf dem italienischen Chirurgenkongreß 1909 veröffentlichten Arbeit geben Verff. eine kritische Statistik über 4258 Fälle von Rückenmarksanästhesie, die von 1900 bis Juli 1909 in den römischen Spitälern ausgeführt wurden. In 3387 Fällen wurde Stovain verwendet,

das in 91% positive Resultate ergab (Tropakokain in 441 Fällen 77%, Novokain in 231 Fällen 91%).

Einmal kam es nach der Rückenmarksanästhesie mit Stovain zum Tode, in ungefähr 50% aller Fälle wurden leichtere oder schwerere Störungen beobachtet. Alle Lähmungen und Paresen sind auf technische Fehler zurückzuführen, die übrigen Störungen sind nur vorübergehend und nicht von allzu langer Dauer. Verff. glauben, daß 4—5% Stovainlösungen in destilliertem Wasser in Dosen von 4—8 cg allen übrigen Lösungen vorzuziehen sind. Die angeführte Technik der Anästhesie unterscheidet sich nicht von den sonst angegebenen Methoden.

Die Rückenmarksanästhesie kann ohne Schaden öfters wiederholt werden. Als Kontraindikationen lassen Verff. lediglich zu jugendliches Alter, allgemeine Hyperästhesie und Abneigung gegen die Lumbalanästhesie sowie allgemeine Sepsis gelten. Sie kommen zum Schluß, daß die Rückenmarksanästhesie bei richtiger Indikation und sachgemäßer Technik eine wesentliche Errungenschaft der modernen Chirurgie darstellt, die bei schweren Allgemeinerkrankungen die Narkose ersetzen kann und soll. Besonderen Wert hat die Methode für die Kriegschirurgie. M. Strauss (Nürnberg).

---

12) Erwin Zweifel. Erfahrungen mit Lumbalanästhesie. Inaug.-Diss., Leipzig, 1910.

An der Univ.-Frauenklinik in Leipzig wurden bisher etwa 1450 Operationen mit günstigem Erfolg unter Lumbalanästhesie ausgeführt. Nach Aufgabe der Beckenhochlagerung kamen keine Atemlähmungen mehr zur Beobachtung. Als Hauptvorteil gegenüber der Inhalationsnarkose wurde konstatiert, daß sich die Kranken im allgemeinen schneller nach der Operation erholten. Das Erbrechen nach Lumbalanästhesie war seltener und weniger heftig als nach Chloroform-Äthernarkose. Seit Ende 1908 verwandte man ausschließlich Novokain; Stovain verließ man wegen seiner stärkeren toxischen Wirkung; Tropakokain mußte aufgegeben werden, weil die Anästhesie nur in zirka der Hälfte aller Fälle genügte. Todesfälle infolge der Lumbalanästhesie kamen nicht vor; bei Anwendung des Novokains traten niemals Lähmungen auf.

Als Nachteil gegenüber der Inhalationsnarkose wird erwähnt, daß sich Versager auch bei genauester Einhaltung der Technik nicht ganz vermeiden lassen, und daß manchmal quälende Nacherscheinungen auftreten.

Verf. spricht die Hoffnung aus, daß mit Hilfe der Druckmessung und Vermeidung von Druckschwankungen bei der Injektion sich die schweren Formen von Kopfschmerzen und Erbrechen vermeiden lassen werden. Überhaupt sind in letzter Zeit die Klagen über Kopfschmerzen viel seltener geworden, seitdem nach dem Vorschlage von Bier die Lumbalanästhesie bei Pat., die zu Kopfschmerzen neigen, nicht mehr angewendet wird. Glimm (Klütz).

---

13) L. McGavin. Remarks on eighteen cases of spinal analgesia by the stovaine strychnine method of Jonnesco, including six cases of high dorsal puncture. (Brit. med. journ. 1910. September 17.)

Verf. ist leitender Chirurg am Seemannshospital in London, an dem vor einem Jahre Jonnesco an drei Fällen seine Methode der totalen Analgesie durch hohe Einspritzung von Stovain und Strychnin der chirurgischen Abteilung der Royal Society of Medicin vorführte. Er hat die Methode in 18 Fällen von Bauch-, Brust-, Kopf- und Armoperationen nachgeprüft, konnte sich aber so wenig von

ihrer Zuverlässigkeit überzeugen, daß er sie aufgeben wird. Denn trotz des Strychninzusatzes hat Verf. Atemlähmungen gesehen, die nur durch künstliche Atmung, in einem Falle bis zu 65 Minuten, vor dem tödlichen Ausgang bewahrt werden konnten. Es folgen am Schluß die 18 Krankengeschichten.

Weber (Dresden).

---

14) **S. S. Girgolaw. Zur Frage von der Bedeutung der Abschnürung bei intravaskulärer Einführung des Kokains.** (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 43.)

Vergleichende Untersuchungen aus Prof. Oppel's Klinik über intraarterielle und intravenöse Anästhesie mit und ohne Abschnürung des Gliedes. Als Objekt dienten die A. und V. femoralis von Katzen. Injektion von 1,0 einer 30%igen Kokainlösung ohne Abschnürung rief immer sofortigen Tod hervor; bei 5 Minuten langer Abschnürung vergingen die Vergiftungserscheinungen — bei intraarterieller Injektion derselben Dosis nach 15 Minuten; dauerte die Abschnürung 7—10 Minuten, so waren keine Symptome zu bemerken. Bei intravenöser Injektion schützt selbst eine Abschnürung für 1 Stunde nicht vor dem Tode.

Wird die Extremität erst nach der Injektion — so rasch wie möglich — abgeschnürt, so tritt doch tödliche Vergiftung ein.

Mit der Zeit wird also wahrscheinlich auch in der Klinik die Arterienanästhesie nicht nur möglich, sondern in gewissen Fällen auch angezeigt sein.

Gückel (Kirssanow).

---

15) **Dumont (Bern). Über sogenannte ungefährliche Anästhesierungsverfahren.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 31 und 32.)

Der bekannte Berner Anästhetiker wendet sich energisch gegen die intravenöse Narkose nach Burkhardt und gegen die Spinalanalgesie nach Jonnesco. Beide können den Vergleich mit der gewöhnlichen Inhalationsnarkose nicht aushalten; denn das Prinzip, durch Umgehung der Lungen eine ungefährlichere Narkose zu erzielen, ist schon deswegen falsch, weil damit faktisch die Möglichkeit ausgeschlossen wird, die Zufuhr des Giftes in einem gegebenen Augenblick sofort zu unterbrechen. Bei der intravenösen Narkose ist die Thrombosen- und Emboliegefahr groß, ganz gleichgültig, welches Narkotikum man dazu gebraucht; denn der Fehler liegt eben nicht im Mittel, sondern in der Methode selbst. — Der Spinalanalgesie Jonnesco's ist, als eigene Methode, die Berechtigung entschieden abzusprechen; sie ist unzuverlässig und äußerst gefährlich; die Angaben Jonnesco's stimmen mit der Praxis nicht überein.

Eine gedrängte Übersicht über die Inhalationsnarkose führt D. schließlich zum Schluß: Kurz und gut, die ganze Frage der Anästhesie laufe dahin aus, daß man die verschiedenen schon bekannten Methoden viel besser lehre und besser lerne.

A. Wettstein (Winterthur).

---

16) **P. Sudeck. Symmetrische neurotische Gangrän nach Lumbalanästhesie.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 618.)

Lakonisch kurze Mitteilung über Erkrankung einer 62jährigen Frau nach Lumbalanästhesie mit Novokain-Adrenalin. Die Gangrän verlief im Ausbreitungs-

gebiet der Nn. peronei superficiales, betraf also keilförmig, mit der Spitze des Keils gegen den Unterschenkel, den Fußrücken, die 1., 2., 3. und halbe 4. Zehe.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) Fr. Hesse. Die örtliche Schmerzverhütung in der Chirurgie. (Würzburger Abhandlungen a. d. Gesamtgebiet d. prakt. Medizin 1910.)

H. gibt einen kurzen Überblick über die Entwicklung der lokalen Anästhesie und schildert an der Hand von Statistiken aus dem Stettiner Krankenhause, der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik, dem Zwickauer Krankenhause und prägnanten Beispielen, wie sich die örtliche Schmerzverhütung große Gebiete in der Chirurgie erobert hat.

Abgesehen von der schon durch zu geringen Hämoglobingehalt des Blutes, durch Herz-, Gefäß-, Lungen- und bestimmte Stoffwechselerkrankungen bedingten strengen Gegenindikation für die Allgemeinnarkose und gar zu jugendlichem Alter sind der Lokal- und Leitungsanästhesie in erster Linie aseptische und typische Operationen zuzuweisen, Eingriffe, deren Ausdehnung vor Beginn der Operation übersehen werden kann. Bei Hernien, Hydrokelen, Hämorrhoiden ist die Lokalanästhesie der Lumbalanästhesie vorzuziehen. Das Pleuraempyem in Narkose zu operieren möchte Verf. für einen chirurgischen Kunstfehler halten. Über 20% aller chirurgischen Eingriffe lassen sich mit Lokalanästhesie ausführen.

Glimm (Klütz).

---

18) C. Mainoli (Cittiglio). L'anestesia locali e le grandi operazioni. (Riforma med. XXVI. 39. 1910.)

Übersicht über die von Cernezzi von 1905—1910 in Lokalanästhesie ausgeführten größeren Operationen (38 Laparotomien, 86 freie Hernien, 40 Brucheinklemmungen, 35 sonstige größere Eingriffe). Verf. betont den hohen Wert der Lokalanästhesie, die das giftige Chloroform in vielen Fällen verdränge könne. Zur Erzielung guter Resultate ist Übung und genaueste Befolgung der Technik nötig.

M. Strauss (Nürnberg).

---

19) R. Werner (Heidelberg). Erfahrungen mit Zykloform als Lokalanästhetikum. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 38.)

In dem Heidelberger Institut für Krebsforschung ist das Zykloform (Bayer) bei schmerzhaften Wunden versucht worden; es wurde entweder in Pulverform aufgestreut oder als fast 5%iger Zusatz zu einer Naftalan-Zink-Borsalbe benutzt und erwies sich als ein ungiftiges, mild austrocknendes, reizloses, prompt und intensiv, aber rein lokal und oberflächlich wirkendes Anästhetikum. Dagegen versagt es bei stark eiternden oder jauchenden krebsigen Geschwüren vollkommen.

Kramer (Glogau).

---

20) Leo Plenk. Zur Kenntnis der großen Foramina parietalia. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 318.)

Verf. fügt der Mitteilung von Maciesja (Bd. CC, Hft. 2 dieses Archivs) einen neuen Fall von abnorm großen Öffnungen in den Scheitelbeinen hinzu. Er machte seine Beobachtung bei der Autopsie einer 25jährigen Frau. Die Löcher hatten einen Größendurchmesser von ca. 1,5—1 cm, ihre Ränder waren scharfkantig, nicht ganz regelmäßig. Sie lagen dicht neben der Pfeilnaht, ziemlich weit nach hinten, nur wenige Zentimeter von der Lambdanaht entfernt. Pathologische Verände-

rungen (Lues, Tuberkulose, Tumoren) waren für die Entstehung der Löcher nicht zu beschuldigen. Doering (Göttingen).

21) W. Schaack. Beiträge zur Schädel- und Gehirnchirurgie. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2.)

Verf. teilt in diesem Aufsatz das gesamte in dies Kapitel gehörige klinische Material aus der Lexer'schen Klinik in Königsberg mit, das in den letzten 3 Jahren zur Behandlung kam. Es sind im ganzen 70 Krankheitsfälle, die Verf. in einzelnen Gruppen bespricht, unter Mitteilung der Krankengeschichten bei den bemerkenswerteren Fällen. Und zwar handelt es sich um komplizierte Schädelbrüche und Schußverletzungen in 29 Fällen, um Rindenepilepsie in 8, um Hirnabszesse in 13, um Geschwülste und druckentlastende Operationen in 10, um Schädeldefekte in 10 Fällen. Aus letzterem Kapitel möchte ich hervorheben, daß in 3 Fällen große Defekte des Schädeldaches durch freie Knochentransplantation erfolgreich gedeckt wurden. — Im übrigen ist das vielgestaltige klinische Material begreiflicherweise zu kurzem Referat nicht geeignet.

H. Kolaczek (Tübingen).

22) Payr. Diagnostik und Behandlung der Schädelbrüche. (Dtsch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 21—23.)

Klinischer Vortrag, der überaus anschaulich und sehr eingehend die Diagnose und Therapie der verschiedenen Formen der Schädelbrüche erörtert. Bei Basisbrüchen mit andauernder Drucksteigerung tritt Verf. warm für die subtemporale Trepanation als druckentlastendes Verfahren ein.

Deutschländer (Hamburg).

23) Lonhard. Spätmeningitis nach scheinbar überwundenem Schädelbruch. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 3.)

Mitteilung eines Falles aus dem städt. Katharinenhospital in Stuttgart (Prof. Steinthal). Es handelte sich um einen 22jährigen Mann, der von einem Kraftwagen überfahren worden war und unter der Diagnose Commotio cerebri, wahrscheinlich auch Schädelbasisbruch, in Krankenhausbehandlung stand. Nachdem er schon als geheilt nach Hause entlassen war, erkrankte er 4 Wochen nach dem Unfall (!) plötzlich an akuter eitriger Meningitis. Wie die Sektion ergab, ging dieselbe von einem Gehirnabszeß des rechten Stirnlappens aus und verbreitete sich diffus vorwiegend über die Schädelbasis. Verf. nimmt an, daß eine Infektion der Stirnhöhle von der Nase aus die Encephalitis vermittelt hat. Auffallend war der fast symptomlose Verlauf derselben; nur in den ersten 10 Tagen bestanden leichte Fiebertemperaturen, und nach dieser Zeit Hyperästhesie des Pat. gegen Geräusche. Der Fall zeigt die Wahrheit einer Bemerkung von Krönlein, daß bei Schädelbrüchen die Spätmeningitis in jeder Phase des Heilungsprozesses auftreten kann. H. Kolaczek (Tübingen).

24) F. Voss (Riga). Encephalitis haemorrhagica und Schläfenlappenabszeß nach Otitis media. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXI. p. 323.)

V. beschreibt einen Fall von linkseitigem Schläfenlappenabszeß mit plötzlich einsetzender Aphasie, rechtseitiger Parese des Facialis, der oberen und unteren Extremität. Die Operation führte zur Entleerung von zwei Eßlöffeln Eiter. Da-

gegen zeigte die Röntgenaufnahme des Schädels zwei Tage nach der Operation einen reichlich handflächengroßen Schatten. Diesen Schatten bezieht Verf. auf eine bei der Obduktion festgestellte ausgedehnte Encephalitis haemorrhagica und glaubt, daß es vielleicht möglich sein wird, eine derartige Erkrankung mittels der Röntgenaufnahme zu diagnostizieren. Reinking (Hamburg).

---

25) J. Schumacher. Die Erwerbsfähigkeit nach schweren Kopfverletzungen. Inaug.-Diss., Straßburg, 1910.

Bericht über den Verlauf von 334 schweren Kopfverletzungen, die in den Jahren 1885—1909 in den Knappschaftslazaretten Neunkirchen und Sulzbach beobachtet wurden. Von den Fällen endigten 58,6% tödlich im unmittelbaren Anschluß an die Verletzung. Von den übrigen 138 Fällen entfallen 25 auf Commotio mit 23 voll Genesenden, 44 auf Schädelbasisbrüche mit 15 und auf 69 komplizierte Schädelbrüche mit 24 voll Genesenden. Bemerkenswert war die Tatsache, daß sämtliche Unfallrente Beanspruchende, die einen objektiv nachweisbaren Befund aufwiesen, nicht über Kopfschmerzen und Schwindel klagten, während die zahlreichen Verletzten ohne objektiven Befund ausnahmslos über heftige Kopfschmerzen und Schwindel zu klagen hatten. Relativ klein war die Zahl derer, die neben objektivem Befund über beides klagten. Endlich war, wie ja auch auf anderen Gebieten, das Ansteigen der Unfallrente Beanspruchenden bis zum Höhepunkt 1909, wo alle vier Unfallverletzten Rente beziehen, bemerkenswert. (Wünschenswert wäre es, wenn bei Kopfverletzten, die ohne objektiven Befund über Kopfschmerzen klagen, häufiger die Lumbalpunktion ausgeführt würde, worauf kürzlich H. Curschmann, Deutsche med. Wochenschrift 1910, Nr. 39, p. 1798, hingewiesen hat. Er konnte in zwei Fällen beträchtliche Drucksteigerung bei der Lumbalpunktion feststellen, sowie ein Schwinden der Beschwerden nach derselben. Ref.) Kulenkampff (Zwickau).

---

26) Amza Jianu. Dekompressive Kraniektomie. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 559.)

Die zum Zwecke der Hirndruckentlastung bei Epilepsie angewendeten modernen Trepanationsmethoden mittels Bildung eines Haut-Periost-Knochenlappens haben den Nachteil, daß über kurz oder lang der Knochenlappen wieder knöchern einheilt, auch wenn er rundum gestutzt worden war, wonach der frühere Gehirndruck sich wieder herstellt. Um dem vorzubeugen, hat J. in einem von ihm operierten Falle unterhalb des Knochenlappens über den Schädeldefekt zwei Silberdrahtfäden in Haut und Pericranium durchgenäht, auf denen der reponierte und wieder in die Haut genähte Lappen wie auf Schweben ruht (vgl. Abbildungen). Diese Silberfäden wurden nach ca. 20 Tagen entfernt. Da außerdem sich gezeigt hat, daß diejenigen Operationen, welche mit Inzisionen und Resektionen an der Dura mater kombiniert waren, ungleich häufiger gute Resultate ergaben, als die ohne gleichzeitigen Eingriff an der Dura gemachten, hat J. auch ein Verfahren zu dauernder Duraentspannung ersonnen. Er bildet aus der Dura durch eine Anzahl zweischenkliger Inzisionen etliche dreieckige Läppchen, die an ihrer Basis umgeschlagen und auf der Außenseite der Dura vernäht werden, so daß eine mehrfache, bleibende Fensterung der Dura gesetzt wird (vgl. Abbildung). Am Lebenden ist diese Operation noch nicht erprobt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

27) **Holger Mygind. Die otogene Meningitis mit besonderer Rücksicht auf die operative Behandlung derselben.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 2.)

M. ist der Ansicht, daß die otogene Meningitis nicht ganz den bösartigen Charakter trägt, wie man es früher für jeden Fall angenommen hat. Er glaubt, daß eine tödliche Meningitis erst dann entsteht, wenn den weichen Hirnhäuten eine Zeitlang Infektionsstoffe zugeführt werden, und daß eine Meningitis im frühen Stadium heilbar ist, wenn diese Zufuhr durch Beseitigung des Primärherdes zum Schwinden gebracht wird. Diagnostisch legt M. ein großes Gewicht auf die Untersuchung des durch Lumbalpunktion abgelassenen Liquor cerebrospinalis. Bei sämtlichen tödlichen Fällen, bei denen auch die Diagnose durch die Autopsie bestätigt wurde, fand er in der Lumbalflüssigkeit zahlreiche mehrkernige Zellen. Sehr häufig wurden darin auch Bakterien gefunden, und zwar hauptsächlich Pneumokokken, die auch schon von Haslauer als die am meisten für die Meningitis in Betracht kommende Bakterienform angesehen wurde. Erwähnenswert ist aber, daß Bakterien bei Meningitis im Punktat auch fehlen können, und daß auch ein klares Aussehen desselben die Meningitis nicht ausschließen läßt. Immerhin sieht Verf. im Gegensatz zu anderen Otologen die Lumbalpunktion als wichtiges diagnostisches Mittel bei der otogenen Meningitis an. Als solches betrachtet er auch die kalorische Labyrinthreaktion, d. h. das Ausbleiben des Nystagmus bei Zerstörung des Labyrinths, wenn man kaltes Wasser in das Ohr einspritzt.

M. tritt energisch für die operative Behandlung des Leidens ein. Er hält es für sehr bedeutsam, daß diese so frühzeitig wie möglich erfolgt. Das Wichtigste ist die Beseitigung des primären Herdes im Mittelohr einschließlich der Resektion des Labyrinths. Außerdem muß der Sinus sigmoideus in seinem ganzen perpendikulären Verlauf freigelegt und genau untersucht werden. Kann man aus der Anamnese und Inspektion auf eine Erkrankung des Sinus nicht schließen, so soll man zur Vorsicht noch eine Probepunktion desselben machen, und zwar, wenn nötig, an verschiedenen Stellen. Bei Thrombenbildung und Eiterung im Sinus wird dieselbe eröffnet, der Thrombus beseitigt und später auch noch die laterale Sinuswand exstirpiert, dagegen die Vena jugularis nicht unterbunden, weil Verf. sich davon keinen Nutzen verspricht. Der Bloßlegung des Sinus folgt die Kraniotomie mittels Luer'scher Zangen von der Operationshöhle aus, und es fragt sich nun, ob man in allen Fällen den Subduralraum eröffnen soll. M. glaubt, daß diese Frage erst entschieden werden kann, wenn man noch mehr Erfahrungen gesammelt hat. In manchen Fällen ist die Drainage des Subduralraumes ja sehr vorteilhaft, aber sie bringt auch wiederum ernste Nachteile, die ihren Wert noch zweifelhaft erscheinen lassen. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

28) **Günther Freiherr v. Saar. Über Duraplastik. Eine klinische experimentelle Studie.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Die aus der Grazer Klinik hervorgegangene Arbeit berichtet über zahlreiche Tierversuche und mehrere klinische Fälle von Hetero-, Homoio- und Autoplastik. Es wurde bei 9 Kaninchen Eihaut, bei 1 Hund, 2 Kaninchen und 9 Meerschweinchen konservierter Bruchsack, bei 1 Hund und 10 Kaninchen Periost und bei 11 Kaninchen Fascie zur Duraplastik verwendet. S. bespricht weiter die Finsterer-schen Tierexperimente und 5 Fälle eigener Beobachtung von Bruchsack-, 3 von

Periostplastik am Menschen, sowie die in der Literatur zusammengestellten Angaben über Plastik mit Fischblasenkondom (Hanel), Gefäßwandstücken (Ritter, Unger und Bettmann), Fascie (Beck, Kirschner, Rehn) und Haut (Wullstein).

Er kommt zu dem Schluß, daß Hetero-, Homoio- und Autoplastik ihren Zweck gut erfüllen können. Von den heteroplastischen Methoden spricht v. S. dem Fischblasenkondom die beste Verwendungsmöglichkeit zu, die Eihautplastik gibt relativ häufig Verwachsungen und taugt nur für kleine Defekte; auch ist die Gewinnung des Materials mühsam. Gefäßwandstücke verwachsen zwar nicht mit der Gehirnoberfläche, doch sind sie nur für kleine und mittelgroße Defekte verwendbar, sie sind starr und dickwandig und rollen sich leicht ein.

Nach klinischen wie experimentellen Erfahrungen hält v. S. die Überpflanzung frischen oder präparierten Bauchfells für die beste Methode. Das Material paßt auch für große Defekte, es vereinigt Schmiegsamkeit und Festigkeit, wird auch beim Menschen ausgezeichnet vertragen und hat sich klinisch durchaus bewährt.

Die autoplastischen Methoden haben den Nachteil gemeinsam, daß zu ihrer Ausführung gesundes Material desselben Menschen aus dem normalen Verband gelöst und gestielt oder frei transplantiert werden muß. Periost hat den Nachteil, häufig Verwachsungen zu machen, wenigstens im Tierexperiment; klinisch hat es sich gut bewährt. Die Fascie gibt experimentell manchmal sehr schöne Resultate, auch die Erfahrungen Beck's am Menschen sprechen für Brauchbarkeit der Methode. Über die Verwendbarkeit der Haut als Ersatzmaterial läßt sich nach den bisherigen Publikationen noch kein Urteil fällen.

Die eigenen fünf Fälle von Bruchsackplastik am Menschen (einmal frischer, viermal präparierter Bruchsack) gaben gute Resultate. Ein Abstoßen oder Herauseitern des Materials wurde nicht gesehen. Zweimal erfolgte die Heilung nicht ganz p. p., woran wohl einmal leichte Infektion die Schuld trug, einmal langsame Nekrose des schlecht genährten, durch viermaligen operativen Eingriff geschädigten Knochens. Trotzdem ist es auch in diesen Fällen nicht zur Ausstoßung des Bruchsackes gekommen, sondern nur zu ganz oberflächlicher Wundsekretion. Die rasche Verklebung mit der umgebenden Dura scheint einen sehr guten Schutz gegen Infektionsgefahr zu bieten.

In drei Fällen von Periostplastik bei traumatischer Epilepsie trat chirurgische Heilung ein. In einem Falle, bei dem an der freigelegten Stelle kein pathologischer Befund zu erheben war, blieb die Epilepsie unbeeinflußt, dagegen wurde der zweite Fall gebessert, indem die Anfälle in größeren Zwischenräumen und geringerer Stärke auftraten; beim dritten Fall sind die Anfälle verschwunden. Beobachtungszeit des zweiten Falles $6^1/_2$ Jahre, des dritten Falles $^3/_4$ Jahre.

Acht Tafeln mit Abbildungen nach mikroskopischen Präparaten vervollständigen die schöne Arbeit. H. Fritz (Tübingen).

---

29) Finkelnburg (Bonn). Beitrag zur therapeutischen Anwendung der Hirnpunktion beim chronischen Hydrocephalus. Aus der med. Klinik zu Bonn (Geh. Rat F. Schultze). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 36.)

Der 16jährige Pat. litt seit einem im Alter von 10 Jahren erfolgten Sturz auf den Hinterkopf an Kopfschmerz und zeitweise an Schwindel, wozu 2 Jahre später Unsicherheit beim Gehen, Nackenschmerz und Sehstörungen hinzugetreten

waren. Bei der Aufnahme bestanden starke Protrusio bulbi, Stauungspapille, Nystagmus, Taumeln beim Gehen, Hypästhesie im oberen Gebiet des linken Trigeminus, Hörstörungen, Erbrechen, leichte Parese der rechten Seite usw., also Symptome, die für einen raumbeengenden Prozeß in der linken hinteren Schädelhöhle, einen chronischen Hydrocephalus, bzw. eine Meningitis serosa oder eine Kleinhirngeschwulst sprachen. Nach der von Prof. Garrè ausgeführten Punktion in der Gegend der linken motorischen Zentren, bei der 20 ccm einer unter starkem Druck stehenden Flüssigkeit entleert wurden, gingen sämtliche Erscheinungen langsam, aber vollständig zurück; Pat. ist seit 2 Jahren ganz gesund. Es hatte sich also um einen durch Trauma entstandenen chronischen Hydrocephalus bzw. Meningitis serosa gehandelt. Kramer (Glogau).

---

30) E. Gregio (Padova). Interno alla compressione unilaterale del cerveletto. (Clin. chir. 1910. Nr. 9.)

Im Anschluß an seine zwei vorhergehenden Arbeiten über die einseitige Kompression des Kleinhirns bespricht Verf. in dieser Veröffentlichung die pathologisch-anatomischen Veränderungen, die im Anschluß an dieses Experiment auftreten. Er vergleicht die dabei gefundenen Resultate mit denjenigen, die nach der Hemiexstirpation des Kleinhirns wahrgenommen werden. Während die Degeneration der Nervenfasern im Corpus restiforme, im Pedunculus cerebellaris med., in der Protuberantia, im Pedunculus cerebell. sup. und in den hinteren, longitudinalen Strängen nach der Hemiexstirpation rein einseitig sind, treten sie bei der Kompression doppelseitig auf. Außerdem beobachtete G. nach der einseitigen Kompression Degeneration von Nervenfasern, die ihren Ursprung nicht im Kleinhirn haben, und diese Degeneration war auch doppelseitig (Pyramidenbahnen, Reil-scher Streifen, Corpus trapezoid., in der Capsula int., im Cornu Ammonis und im Corpus callosum). Verf. versucht für diesen Befund eine Erklärung zu geben. Was zunächst die Doppelseitigkeit der Degeneration anbelangt, lehnt Verf. die Erklärung Schukowsky's ab, wonach die Doppelseitigkeit durch die Degeneration der die beiden Hemisphären verbindenden Fasern hervorgerufen sei. Er nimmt vielmehr an, daß bei den beschränkten Raumverhältnissen in der hinteren Schädelgrube durch die Kompression des einen Lappens auch der andere leide. Hierauf versucht G. auch die Schädigung von Nervenfasern, die ihren Ursprung nicht im Kleinhirn haben, durch fortgeleitete Kompression zu erklären. Die wenigen, klinisch gründlich durchforschten Fälle von Kleinhirngeschwülsten stimmten mit den vom Verf. experimentell gefundenen Daten überein.

Stocker jun. (Luzern).

---

31) A. Ceconi (Torino). Tumori cerebellari senza sintomi. (Policlinico, sez. pratic. XVII. 41.)

Bei einem jungen Manne bestanden seit 6 Monaten intensive Kopfschmerzen, die sich zeitweilig auf die rechte Scheitelbeingegend lokalisierten. Seit 3 Monaten trat eine allmählich zunehmende Verringerung der Sehschärfe ein. Sonstige Erscheinungen fehlten.

Die Untersuchung ergab eine ausgedehnte fieberhafte Lungentuberkulose mit Lymphadenitis. Bezüglich des Zentralnervensystems bestand ausgesprochener Schmerz bei der Beklopfung des rechten Scheitelbeins, beiderseitige Stauungspapille, eine leichte Schwäche des linken Beines und eine Steigerung des linken

Patellarreflexes. Nystagmus, Ataxie, Vertigo fehlten vollkommen und ließen sich niemals nachweisen.

Die Autopsie ergab einen großen Tuberkel in der rechten Kleinhirnhemisphäre und einen kleineren in der linken; die Tuberkel hatten eigenartigerweise niemals irgendwelche Herdsymptome gemacht. M. Strauss (Nürnberg).

---

32) Hosch. Unsere Erfolge der Radikaloperationen der Sinusitis frontalis. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXI. p. 347.)

H. teilt in dieser Arbeit die Resultate der Siebenmann'schen Klinik mit und macht zunächst über die Technik interessante Angaben. Für die meisten Fälle gilt ihm die Killian'sche Methode für die beste. Einsenkungen der Stirn werden durch Einspritzung von Kaltparaffin beseitigt. Auf die Erfahrung hin, daß nach doppelseitiger Operation die Entstellung meist geringer ist, hat man in Siebenmann's Klinik bei besonderer Tiefe der Höhle sich schon veranlaßt gesehen, auch die zweite, gesunde Stirnhöhle aus kosmetischen Rücksichten zu operieren. Um den Absatz vom Nasenrücken zur abgeflachten Stirn zu mindern, wurde einige Male der knöcherne Teil des Nasenrückens nach oben abgeschrägt. Oder man führte nach der Freilegung der Stirnhöhlen die Rücklagerung der Nase nach einem von Siebenmann (Archiv für Laryngologie Bd. XV, p. 501) angegebenen Verfahren aus.

Operiert wurden im ganzen 34 Fälle. Zweimal kam es zum tödlichen Ausgang, der das eine Mal der Radikaloperation zur Last gelegt werden muß, das zweite Mal aber auf nicht genügend radikales Vorgehen zurückgeführt wird. Die übrigen 32 wurden dauernd geheilt. Von Folgekrankheiten sah man zweimal die Entstehung von Paraffinomen, doch war das noch zu der Zeit, als man flüssig gemachtes Hartparaffin als Prothese verwandte. Einmal mußte wegen Supraorbitalneuralgie der Nerv nachträglich entfernt werden, zweimal mußte wegen Bildung einer Fistel, einmal wegen einer Supraorbitalphlegmone nachoperiert werden, einmal kam es zu einem Rezidiv wegen stehengebliebener Schleimhautreste. Vorübergehendes Doppelsehen wurde in sieben Fällen, dauerndes in einem Falle beobachtet. In 26 Fällen trat keine Diplopie ein, trotzdem man sich bei Schwierigkeiten bei der Entfernung des Stirnhöhlenbodens nicht scheute, die Trochlea abzulösen. Einmal trat merkwürdigerweise das Doppelsehen ein infolge Parese des Musc. rectus und obliquus superior der nicht operierten Seite.

Der eine tödlich endigende Fall ist noch besonders deswegen interessant, weil die postoperative Osteomyelitis der flachen Schädelknochen beiderseits zu Eiterung des Ohrlabyrinths führte, die ihrerseits wieder durch das ovale Fenster in die Paukenhöhle durchbrach. Reinking (Hamburg).

---

33) Mauclaire et Burnier (Paris). Le masque ecchymotique de la face par compression thoracique. (Arch. génér. de chir. VI. 9. 1910.)

Bericht über zwei Fälle von Stauungsblutung nach Rumpfkompression.

1) 37jährige Frau, die in einem Aufzug stand, wurde mit dem Rumpf zwischen einem Pfeiler und den Aufzug eingeklemmt, während der Kopf außen und die Beine im Aufzug waren. In dieser Lage mußte die Frau 30 Minuten lang bleiben. Die Untersuchung ergab einzelne umschriebene Ekchymosen im Bereiche der Brust und eine diffuse blaurote Verfärbung im Bereiche des Gesichts und des

Halses. An den Conjunctivae zeigten sich scharf abgegrenzte Ekchymosen im Bereiche der unteren Quadranten des Auges. Nasen- und Rachenschleimhaut sowie der behaarte Kopf waren frei. Sonstige Verletzungen fehlten. Die blaurote Verfärbung verschwand in wenigen Tagen.

2) 55jähriger Mann geriet unter einen Wagen, dessen Rad für einige Sekunden auf der Brust stand. Außer einer leichten Nackenkontusion bestand als Unfallsfolge eine diffuse Ekchymose im Bereiche des Gesichts und des behaarten Kopfes, die in 4 Tagen verschwand.

Im Anschluß an beide Krankengeschichten geben Verff. eine Schilderung der Geschichte, des Symptomenkomplexes, der Ätiologie und Pathogenese, der Diagnose, Prognose und Therapie der Stauungsblutungen bei Rumpfkompression, von denen 66 Fälle aus der Literatur kurz angeführt werden. Die ersten Fälle sollen 1837 gelegentlich eines Massenunglücks auf dem Marsfeld in Paris beobachtet worden sein. Die Prognose hängt von der Art der Verletzung des Brustkorbes und seines Inhaltes ab. Bei bewußtlosen Pat. kommt therapeutisch die künstliche Atmung in Betracht, die durch Exzitantien unterstützt werden muß.

M. Strauss (Nürnberg).

---

34) Pichler. Ein Fall von unvollständiger Sehnervenausreißung durch Hufschlag. (Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde 48. Jahrg. 1910. N. F. Bd. X.)

Einem 53jährigen Manne wurde vor 18 Jahren durch Hufschlag der innere, untere Augenhöhlenrand zertrümmert. Das verletzte Auge war seitdem blind. Aus dem Augenspielbefund schließt P. auf eine unvollständige Ausreißung des Sehnerven durch das Trauma.

Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

35) Burrows. Gundu-an interesting case. (Journ. of tropic. med. Vol. XIII. Hft. 19.)

Während die symmetrischen Gundugeschwülste sonst meist am Nasenfortsatz des Oberkieferbeins sitzen, sah Verf. drei Fälle bei Eingeborenen aus Sierra Leone, bei denen sie vom freien Ende des Nasenbeines ausgingen. Abbildung eines Falles erläutert das Krankheitsbild.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

36) N. M. Wolkowitsch. Zur Statistik und Verbreitung des Skleroms (Rhinoskleroms) in Rußland. (Russki Wratsch 1910. Nr. 42.)

76 eigene und 52 Fälle aus der Literatur und von anderen Ärzten mitgeteilt, im ganzen 128. Fast ausschließlich befallen sind folgende Gouvernements: Wolynien, Podolsk, Kiew, Minsk, Mogilew, Tschernigow. 65 Männer, 63 Frauen im Alter von 13—63 Jahren. 98 Russen und Polen, 30 Hebräer. Fast alle aus den ärmeren Klassen der Bevölkerung. Von 116 Fällen mit genauerer Angabe der Lokalisation waren befallen: Nase 109mal, darunter äußere Nase 97mal, innere 12mal; Rachen 86mal, Kehlkopf 32mal. Ausgeschlossen aus der Statistik sind die chronischen Formen des Kehlkopfskleroms ohne Affektion der oberen Respirationswege.

Gückel (Kirssanow).

---

37) G. Wüstmann. Ein Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers. (Zeitschr f. Ohrenheilkunde u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXI. p. 221.)

Dieser dritte Fall der Körner'schen Klinik betrifft ein 2jähriges Kind. Die Osteomyelitis hatte einen retrobulbären Abszeß verursacht, auch drohte der Eiter

nach dem Munde und nach der Wange zu durchzubrechen. Nach mehrfachen Eingriffen trat Heilung ein. Verf. hält es für wahrscheinlich, daß die Infektion des Os maxillare nicht von der Kieferhöhle, sondern vom Zahnsäckchen ausgegangen sei. Reinking (Hamburg).

---

38) Paul Müller. Über die Aktinomykose der Orbita. (Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 1. 1910.)

Verf. teilt einen derartigen Fall aus der v. Bruns'schen Klinik mit, über den schon an anderer Stelle von Zahn vom ophthalmologischen Standpunkt aus berichtet worden ist. Die Erkrankung betraf eine 33jährige Bauersfrau und hatte zu Kieferklemme — Verf. spricht irrtümlich immer von »Kiefersperre« —, Exophthalmus und hochgradiger Sehstörung geführt. Zum Zweck eines guten Zugangs zu der Orbita wurde die temporäre Resektion des Jochbeins nach v. Bruns ausgeführt, ein Vorgehen, das Verf. für derartige Zwecke nachdrücklich empfiehlt. Ein vorübergehender Erfolg, Besserung der Sehkraft, konnte den tödlichen Ausgang der in die Schädelhöhle fortschreitenden Erkrankung nicht verhüten.

Verf. teilt neun Fälle von Orbitalaktinomykose aus der Literatur mit. In einer anschließenden Besprechung hebt er als Symptom hervor den Exophthalmus, die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des Bulbus, die Sehstörung. Zur Sicherung der Diagnose ist der Nachweis der Aktinomycesdrusen aus dem intraorbitalen Herd notwendig. Als Therapie kommt nur frühzeitige Operation in Betracht, sonst ist die Prognose schlecht: Nicht weniger als acht Pat. starben an anschließender Meningitis oder Hirnerkrankung! Was den Weg anbelangt, auf dem der Strahlenpilz in die Orbita eingedrungen ist, so geschah das in der Mehrzahl der Fälle (fünf von neun) vom Mund oder Rachen aus nach der Fossa infratemporalis, und von hier aus gelangte er durch die Fissura orbitalis inf. in die Orbita.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

39) Desgouttes et Tavernier (Lyon). Cicatrices vicieuses de la face. Restauration de la lèvre. Blepharoplastie. (Arch. génér. de chir. VI. 9. 1910.)

Bei einem 6jährigen Kinde waren nach einer Verbrühung entstellende Narben im Bereiche des rechten Auges und der Unterlippe zurückgeblieben. Es bestand Ektropion beider Lider und der Unterlippe, so daß die Speiseaufnahme erheblich behindert war.

Die Verziehung der Lippen konnte nach Illier durch einen vom Hals entnommenen Lappen ohne Schwierigkeit behoben werden. Die Autoren betonen dabei besonders die Notwendigkeit des »ilôts d'arrêt«, d. i. einer gesunden, unverschobenen Hautinsel im Bereiche des Kinngrübchens, da diese Hautinsel die Retraktion des vom Halse hergenommenen Hautlappens verhindert.

Das Ektropion der Lider ließ sich durch Lappenplastik nur vorübergehend beheben, indem wegen des zu großen Defektes eine Retraktion der Lappen und ein Rezidiv entstand, das durch Epidermisierung nach Thiersch bekämpft wurde. Obwohl es in der Folge zur Infektion und zum Erysipel kam, heilten die Läppchen doch an und ergaben eine gute Narbe. Die Lider wurden lange (2—3 Wochen) durch Naht geschlossen gehalten. M. Strauss (Nürnberg).

---

40) A. Austoni (Padova). Sui tumori linguale di natura tireoidea. (Clin. chir. 1910. Nr. 8.)

Zuerst beschreibt A. einen Fall von Struma an der Zungenbasis eines myxödematösen 12jährigen Mädchens, das infolge dessen an Schling- und Sprachstörungen litt. Eine Schilddrüse an normaler Stelle war nicht zu fühlen. Es wurde eine partielle Exstirpation der Geschwulst gemacht. An der Hand einer sorgfältigen Zusammenstellung der Literatur und Betrachtung seines eigenen Falles kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die Zungenschilddrüse rührt von einer Entwicklungsanomalie der ersten Drüsenanlage her. Die Cysten sind die Folge von embryonalen Resten des Ductus thyreoglossus. Die Strumen können sich aus einer Thyreoidea, die in toto an der Zungenbasis sitzt, oder nur aus einem Teil oder endlich aus einer Thyreoidea aberrans entwickeln. Wenn man an der normalen Stelle keine Schilddrüse fühlt, oder wenn eine Insufficientia thyreoideae besteht, kann man eine ektopische Schilddrüse annehmen. Histologisch sind die Strumen an der Zungenbasis gleich den gewöhnlichen. Sie treten gewöhnlich am Foramen coecum auf, haben die Größe einer Nuß bis Apfelsine. Die Entstehung ist im allgemeinen langsam. Die Symptome äußern sich je nach der Größe in Sprach-, Atmungs- und Schlingstörungen. Die Therapie besteht in der Exstirpation, wobei man aber, besonders bei der Ektopie, die Totalentfernung meide. Rezidive treten selten auf. Verf. empfiehlt den oralen Weg ohne vorherige Tracheotomie. Gegen das eventuelle Myxödem wäre eine Kur mit Schilddrüsensubstanz indiziert. Stocker jun. (Luzern).

---

41) Vogelgesang. Über multiple Sarkome des Rachens. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXI. p. 330.)

Die beiden von V. beschriebenen Fälle betrafen junge Leute im Alter von 23 und 27 Jahren. Die Geschwülste hatten ihren Sitz auf der hinteren Rachenwand, im Nasenrachenraum, auf den Tonsillen und am Velum palatinum; mikroskopisch erwiesen sie sich als typische kleinzellige Rundzellensarkome. Röntgenbehandlung, Arsenmedikation, Jodkali erwiesen sich als machtlos. Der erste Pat. wurde wesentlich verschlechtert der Behandlung entzogen, und Nachrichten über seine Schicksale waren nicht zu erhalten; der zweite starb nach 7—8 Monate dauernder Krankheit an Entkräftung. Reinking (Hamburg).

---

42) Meyer. Über nasale Fortsätze hypertrophischer Rachenmandeln. (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 3.)

Nach Entfernung hypertrophischer Rachenmandeln bleiben öfter Beschwerden zurück, die durch nasale Fortsätze, die ihren Sitz an der oberen Umrandung der Choanen haben, bedingt sein können. Diese Fortsätze, die unter Umständen sehr bedeutende Größe erreichen — in einem vom Verf. operierten Falle waren sie 1,8 cm hoch, 1 cm breit, 8 cm dick —, werden am besten von vorn mit Curette oder kalter Schlinge entfernt. Engelhardt (Ulm).

---

43) M. D. Gorbenko. Ein Fall von Spina bifida kompliziert mit Hydrocephalus. (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 42.)

Knabe, 1 Jahr alt. Die Geschwulst ist $1^1/_2$—2faustgroß, prall gespannt, breit gestielt. Stuhl- und Harninkontinenz beim Schreien. Kopfumfang $50^1/_2$ cm, große Fontanelle offen; links Strabismus internus. 2mal Punktion des Sackes, je 50,0 entleert. Operation bei hochgehobenem Becken. Mehrere Nierenstämme

innen mit dem Sack verwachsen, größter Teil der Cauda equina frei. Entleerung von 300,0 Flüssigkeit. Ablösung der Nerven teils stumpf, teils mit der Schere; Abtragung des Sackes, Naht des Halses — sechs Seidennähte. Beiderseits wurden mehrere Läppchen Periost abgelöst und über der Öffnung nach innen geschlagen; ferner rechts und links mittels bogenförmiger, 6 cm langer Schnitte Bildung zweier Lappen aus der Aponeurosis lumbodorsalis; dieselben werden ebenfalls herübergeschlagen und vernäht; darüber Vernähung der freien Ränder der Aponeurose. Hautwunde ganz geschlossen. Heilung per primam. — 1 Jahr später: Parese der Blase und des Darmes besteht noch. Kopfumfang 51,5 cm, Fontanelle fast geschlossen. Der Knabe kann sprechen und gehen, doch tritt er auf die Fersen auf (Parese der Flexoren?). Am Gesäß links ein oberflächliches Geschwür (trophoneurotisch?) infolge häufiger Beschmutzung. Operationswunde gut und fest vernarbt. Gückel (Kirssanow).

---

44) Paul Kayser. Zur Frage der kongenitalen Skoliose. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 2. 1910.)

Die aus der Kümmell'schen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses stammende Arbeit berichtet über einen neuen derartigen Fall bei einem 9jährigen Mädchen. In der Literatur dürften 50—60 Fälle niedergelegt sein. Es handelte sich auch hier um eine kurzbogige Cervicodorsalskoliose. Die anatomische Klärung fand der Fall durch das Röntgenbild, das außer einer doppelseitigen Halsrippe eine Halswirbelanomalie zeigte, nämlich ein überzähliges keilförmiges Wirbelrudiment, das auf der rechten Seite zwischen V. und VI. Halswirbel eingeschoben war und die Halskrümmung bedingte. Zwei Textbilder und eine Tafel mit zwei Röntgenaufnahmen erläutern den Befund. H. Kolaczek (Tübingen).

---

45) Gebhard. Zwei Fälle von angeborener Kyphose. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 4.)

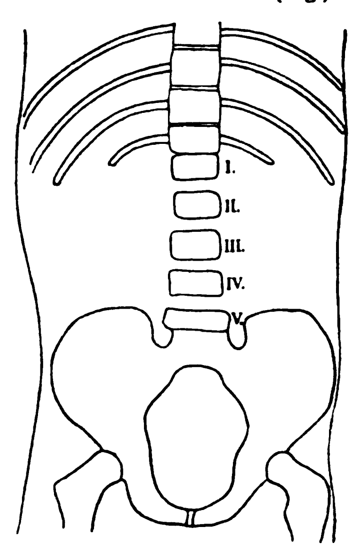
G. bereichert die Kasuistik der angeborenen Kyphosen, die sich in den letzten 6 Jahren nur auf fünf Fälle erstrecken, um zwei weitere Fälle aus der Münchener orthopädischen Poliklinik. Ätiologisch führt er mit Oehlecker diese Deformität auf ein abnorm enges, adhärentes Amnion ohne Fruchtwasserbildung zurück. Hartmann (Kassel).

---

46) R. Fitch. Congenital absence of vertebrae below the first sacral, and malformation of the lower cervical and upper dorsal vertebrae. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VII. Nr. 4. p. 540. 1910.)

Verf. konnte nur einen ähnlichen Fall in der Literatur finden, der 1857 von Wertheim veröffentlicht wurde und ein am 8. Tage sterbendes Kind betraf, bei dem das ganze Kreuz- und Steißbein fehlten. Im vorliegenden Falle handelte es sich um ein 6jähriges Kind, von dem man infolge seiner schweren Geburt nicht erwartet hatte, daß es am Leben bleiben würde. Es lernte mit 13 Monaten laufen. In den ersten 5 Jahren bestand eine allen Mitteln trotzende, oft 5—6 Tage dauernde Stuhlverstopfung mit schweren Anfällen von Erbrechen. Bei den zeitweilig auftretenden Diarrhöen bestand keine Kontinenz. Seit dem letzten Jahre ist Besserung eingetreten. Dagegen kann der Knabe seinen Urin nur 20—30 Minuten halten. Er läuft mit anderen Kindern umher, hat aber einen unsicheren Gang und stolpert und fällt leicht. Die mäßig kyphotische Wirbelsäule endet

in der Höhe der Darmbeinschaufeln mit einem scharfen Knick; unterhalb desselben ist ein einer Menigokele ähnlicher Vorsprung. Der seitliche Anblick der Lendengegend ist ähnlich dem bei Spondylolisthesis. Durch den Mastdarm fühlt man das abnorme stumpfe Ende der Wirbelsäule. (Fig.) Im übrigen ist das geistig



normale Kind nur etwas kleiner als seinem Alter entspricht. Die unteren Halswirbel und die oberen vier Brustwirbel sind gespalten; außerdem findet sich eine Halsrippe. D. Kulenkampff (Zwickau).

---

47) Wilh. Schulthess (Zürich). Rückgratsverkrümmung und Schule.

(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 3)

Die Schule, zwar nicht ursächliches Moment der Rückgratsverkrümmung, aber doch mitwirkendes, muß eine tägliche Bewegungsstunde ihrem Lehrplan einverleiben. Für schwerere Formen ist teilweise Dispensation und die Schaffung von Spezialklassen nötig. — Orthopädische Turnkurse von Laien leiten zu lassen, ist ein Mißgriff. In besonderen Kursen sollen die Ärzte für diesen Spezialdienst ausgebildet werden. A. Wettstein (Winterthur).

---

48) Wehrsig. Zur Kenntnis der chronischen Wirbelsäulenversteifung.

(Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 305.)

Bei einem 40jährigen Manne, der im Jahre 1898 einen heftigen Sturz erlitten, war es im Laufe der Zeit zu einer vollständigen Ankylose der Wirbelsäule gekommen. Der Prozeß hatte an der Halswirbelsäule begonnen und dann die übrigen Partien der Wirbelsäule, sowie auch die Gelenke der Rippen ergriffen. Die eigentliche Todesursache war eine Lungentuberkulose. Die anatomische Untersuchung der Wirbelsäule ergab folgendes: Bandscheiben und Wirbelkörper sind frei von Deformierung und Exostosen. Nur ganz oberflächlich überzieht die meisten Bandscheiben eine feine Knochenlamelle. Die durchsägten Wirbelkörper zeigen starke Osteoporose. Sämtliche Gelenke der Wirbelsäule, auch die Gelenke zwischen Hinterhaupt und Atlas sowie die Gelenkverbindungen zwischen Wirbelsäule und den Rippen sind völlig knöchern ankylosiert; die Bandapparate sind teilweise

ebenfalls verknöchert, doch ist der Prozeß hier lange nicht so weit vorgeschritten, wie an den Gelenken, so daß der Verknöcherungsprozeß des Gelenkapparates zeitlich vorangegangen sein muß. Die Muskulatur ist sekundär atrophisch geworden. Foramina intervertebrata sind nicht verändert; Rückenmarkshäute und Rückenmark sind unversehrt. Als ätiologisches Moment werden in erster Reihe für die Entstehung des Leidens chronisch-rheumatische Prozesse angenommen, dem Trauma jedoch nur eine auslösende Wirkung bei rheumatisch Disponierten zugeschrieben. Schließlich wird die Thoraxstarre im Sinne der Freund'schen Lehre von der Verkürzung und Verknöcherung des ersten Rippenknorpels, für das rasche Fortschreiten der Lungentuberkulose, die den Tod des Mannes herbeiführte, verantwortlich gemacht. Ein umfangreiches Literaturverzeichnis — Zusammenstellung aller bisher bekannten Fälle von chronischer Wirbelsäulenversteifung — bildet den Schluß der Arbeit.

Doering (Göttingen).

---

49) Markus. Über einige Modifikationen am Hessingkorsett. (Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 2.)

50) Wolff. Über die Technik des Stoffkorsetts. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

Während M. von der Idee ausgeht, das Korsett solle die Wirbelsäule stützen, so daß ein seitliches Herabsinken des Rumpfes unmöglich wird, und es solle gleichzeitig redressierend wirken, und zwar nicht nur auf den Rippenbuckel, sondern auch auf das hinten vorspringende Schulterblatt und auf die Rotation des Rumpfes, ist W. der Ansicht, daß das Hessing-Korsett nur die einzige Aufgabe hat, die Wirbelsäule zu stützen. Nach ihm gelingt es nur mit dem Hessing-Korsett, Skoliosen ersten Grades zu korrigieren und zu heilen, und es liegt eine vollkommene Verkennung der Grundprinzipien vor, wenn ein Korsett einer völlig starren Skoliose aufgesetzt wird. Deshalb ist W. ein entschiedener Gegner aller Modifikationen des Hessing-Korsetts, wie sie von M. in der Herstellung eines Doppelbügels usw. empfohlen werden. Er will das Korsett vielmehr in seiner ursprünglichen Form angewandt wissen und sich lediglich vom Prinzip leiten lassen.

Hartmann (Kassel).

---

51) Otto Veraguth (Zürich) und Hans Brun (Luzern). Subpialer, makroskopisch intramedullärer Solitärtuberkel in der Höhe des 4. und 5. Cervicalsegmentes. Operation. Heilung. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 33 u. 34.)

32jähriger Mann kommt mit der Diagnose intradurale, doch extramedulläre Geschwulst auf der Höhe des IV. und V. Halswirbels zur Operation. (Die sehr interessanten neurologischen Beobachtungen sind im Original nachzulesen.) Resektion des dritten und vierten Bogens. Spaltung der Dura; außer einer leichten Veränderung der Vaskularisation der Pia nichts zu sehen. Im Rückenmark ließ sich palpatorisch scharf eine vermehrte Resistenz abgrenzen. Spaltung der Pia, sie läßt sich leicht abziehen: noch keine Geschwulst. Schließlich läßt sich stumpf ein 17 mm langer, 11,5 mm breiter, 9,5 mm dicker Solitärtuberkul, der vollständig im Rückenmark eingebettet ist, herausschälen. Vollkommen glatte Heilung. Die vorher bestehende, rasch fortschreitende Brown-Séquard'sche Lähmung mit Phrenicuslähmung ging überraschend schnell zurück; am 56. Tage verließ der Mann die Klinik und arbeitete sofort als Telephonist. — Nach B. ist dies

die erste intramedulläre Geschwulst, die durch Operation geheilt wurde. Er zeigt, daß bei der Suche nach einer Rückenmarksgeschwulst unter Umständen auch vor der Pia und selbst vor hochgradiger medullärer Umhüllung der Geschwulst nicht Halt gemacht werden darf. A. Wettstein (Winterthur).

---

52) **W. Kausch. Die Resektion der Lendenwirbelkörper.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 346.)

K. hat bei einem 47jährigen Pat. eine Resektion des III. Lendenwirbelkörpers mittels Laparotomie unternommen. Es bestanden außer einer leichten Kyphose der kranken Stelle paraplegische Erscheinungen, sehr starke Schmerzen und röntgenologisch nachgewiesen eine starke Einschmelzung und Kompression des genannten Wirbelkörpers, so daß die mutmaßliche Diagnose auf primäre Wirbelgeschwulst (Sarkom?) gestellt war. Die Operation war in Narkose bei horizontaler Rückenlage unter Einschiebung eines mäßig hohen dachförmigen Polsters unter die Lende nicht übel ausführbar. Es wurde mittels Medianschnittes eingegangen, die Därme waren mit Gazetüchern wegschiebbar. Spaltung des hinteren Parietalperitoneum in der Mittellinie, Weiterdringen in die Tiefe bei wiederholten Gewebsunterbindungen mit Deschamps'scher Nadel. Die Aorta wird nach links, die Vena cava nach rechts hin frei gemacht und bei Seite geschoben, worauf der erweichte Wirbelkörper fühlbar wird. Spaltung des Lig. vertebrale commun. ant., Auslöffelung von Geschwulstmassen aus dem Wirbelkörper. Da diese bei gleich angestellter Untersuchung als Karzinom sich erweisen, Schluß der Operation durch Naht der hinteren Peritoneal-Fascienwunde, Bauchnaht usw. Pat., dessen Schmerzen etwas gelindert waren, starb abends. Die Sektion ergab als Primärgeschwulst eine krebsige Lungengeschwulst, wobei zu bemerken, daß der paraplegischen Erkrankung Krankheitserscheinungen von seiten der Lunge voraufgegangen waren, ferner daß ein nach der Operation angefertigtes Röntgenogramm der Brust einen abnormen Schatten am Lungenhilus ergeben hatte, so daß allenfalls die primäre Lungenerkrankung hätte diagnostiziert werden können.

Wenn auch K.'s Fall unglücklich ablief, zeigt er doch, daß unter Umständen die Lendenwirbelsäule von vornher auf laparotomischem Wege operativ angegangen werden kann. K. knüpft an seinen Krankheitsbericht eine Allgemeinerörterung über die Ausführbarkeit operativer Maßnahmen an den Körpern der echten Wirbel, wobei die bislang versuchten Operationsmethoden erwähnt und kritisch geprüft werden. Bislang sind diese Eingriffe der Seltenheit operabler Wirbelgeschwülste wegen fast nur wegen Spondylitis vorgenommen, und wurde bei ihnen in der Regel der Weg von hinten her oder von hinten seitlich her (»paravertebrales« Vorgehen) genommen. Für die Brustwirbel ist von Ménard die Kostotransversektomie angegeben. Daß für Lenden- (und obere Kreuzbein-) Wirbel, einen aseptischen Prozeß vorausgesetzt, der transperitoneale Weg empfehlenswert ist, zeigt K.'s Fall. Nach K. ist die Laparotomie wegen Lendenwirbeleiterung erst einmal von Müller (Rostock) vorgenommen, dem sie einen guten Erfolg gab. (Übrigens hat auch Fritz Fischer [Straßburg] eine gleiche Operation wegen tuberkulöser Synchondrositis ausgeführt, cf. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. XLIII. p. 439. Ref.). Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

53) **Ravaut, Gastinel, Velter. La rachicentèse.** Paris, Masson & Cie., 1910.

Die am 31. Mai 1910 erschienene Monographie stellt die 60. Nummer des »l'oeuvre médico-chirurgical« (Dr. Critzmann, directeur) dar. Sie repräsentiert einen weiteren Beitrag dieser »Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine en chirurgie, en biologie«.

Sie bringt auf Grund eines ausgiebigen Literaturverzeichnisses, mit vorwiegender Berücksichtigung französischer Autoren, eine weite Übersicht über die therapeutische Verwendbarkeit und die damit erzielten Erfolge der Lumbalpunktion bei den verschiedenartigsten Erkrankungen. Man kann sich stellenweise des Eindrucks nicht erwehren, daß eine etwas optimistische Auffassung den Verff. die Feder geführt. Bei Hirngeschwülsten, besonders bei zerebellarem Sitz, wird allerdings vor der Lumbalpunktion gewarnt und die Trepanation empfohlen, desgleichen beim Hirnabszeß; bei der tuberkulösen Meningitis kommt sie als Palliativmittel in Betracht (Gefahren? Verf.). Sonst wird ihr ein überaus großes Anwendungsgebiet zugesprochen und ihre Wirkungen gerühmt (menigeale und zerebrale Blutungen, akute Meningitis, »Meningitis serosa«, menigeale Reaktionen nach Lumbalanästhesie, Sonnenstich, Urämie mit zentralen Erscheinungen, beim sich entwickelnden Hydrocephalus, Syphilis, kongenitale und Zerebralerscheinungen der Sekundärperiode, Augen- und Ohrenleiden).

Interessant sind die Wirkungen der Rachizentese auf pruriginöse Hautleiden, insbesondere den »Lichen Wilson«, wo nach der Punktion von 6—8 ccm Liquor der Juckreiz schwand und auch der Blutdruck (nach der Punktion Sinken des Druckes und Vermehrung der Pulszahl). Goldenberg (Nürnberg).

---

54) **A. Schlesinger. Die Foerster'sche Operation.** (Sammelreferat.) (Neurologisches Zentralblatt 1910. Nr. 18.)

Kurze Übersicht über die bisher ausgeführten Operationen und ihre Indikationen. Verf. zählt 35 Fälle in der Literatur mit Nichtberücksichtigung von dreien, über die keine genauen Angaben gemacht sind. Auf die eigentliche Little-sche Krankheit entfallen dabei 19 Fälle, auf ähnliche Lähmungszustände 3, auf multiple Sklerose und ähnliche Krankheiten 5, auf traumatische spastische Lähmungen 3, auf spondylitische 1, auf apoplektische Lähmungen 3, auf Spasmus mobilis der oberen Extremität 1 Fall.

Der Eingriff wurde teils ein-, teils zweizeitig ausgeführt. Reseziert wurden nach Förster Lumbalwurzel 2, 3, 5, Sakralwurzel 2. Unmittelbar dem Eingriff erlagen von den 35 Pat. 6, und zwar: 2 an Operationsshock, 1 an Wunderysipel, 1 an Meningitis, und zwar, wie auch ein zweiter nicht mitgezählter, weil klinisch nicht verwertbarer, infolge von Joddermatitis. Dabei starben von 22 Kindern 3, von 13 Erwachsenen 4. Multiple Sklerose gab ganz schlechte Resultate: 3 starben im Anschluß an die Operation, 1 gab ein schlechtes Resultat, 1 gebesserter bekam nach einigen Wochen eine komplette Lähmung. Apoplektische Lähmungen gaben gleicherweise ein schlechtes Resultat. Eine wichtige Hauptsache bleibt die lange und mühevolle Nachbehandlung. Über die zum Teil ausgezeichneten Erfolge bei der Little schen Krankheit ist ein definitives Urteil nicht möglich, da die ältesten Fälle erst 3 Jahre zurückliegen. In einzelnen Fällen ist teilweise Wiederkehr der Krämpfe beobachtet. (Regeneration von durchschnittenen Wurzeln?)

Die Förster'sche Operation wegen gastrischer Krisen mit Resektion der VI.—X. Dorsalwurzel ist bisher 7mal ausgeführt mit 1 tödlichen Ausgang nach

der Operation. Bei den übrigen wurde völliges Aufhören der Beschwerden beobachtet. Franke hatte in einem Falle vollen Erfolg, in dem er die Interkostalnerven nach Art der Trigeminusresektion mit der Zange herausdrehte.

D. Kulenkampff (Zwickau).

---

55) **Krüger. Über kosmetische Operation der Halsdrüsentuberkulose.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 477.)

Zur Vermeidung von Narben an der Vorderseite des Halses und den Kieferwinkeln bei Lymphomexstirpationen macht K. folgende Schnittführung: Vom Warzenfortsatz nach hinten unten, dann ungefähr auf dem vorderen Rande des M. trapezius leicht bogenförmig zum Schlüsselbein, um nach vorn umbiegend parallel demselben bis etwa zum Kopfnickeransatz zu gehen. Nach Ablösung des dreieckigen Hautlappens können alle Drüsen fortgenommen werden. Von den Narben ist, zumal wenn ein hoher Stehkragen getragen wird und Frauen sich die Haare geschickt frisieren, wenig oder nichts zu sehen. K. hat in der Jenaer Klinik etwa 40 Fälle nach dieser Methode mit gutem Resultat operiert. Er gibt einige Probephotogramme von Operierten.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

56) **Hans Kolaczek. Branchiogenes Enchondrom.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 1. 1910.)

Verf. berichtet über einen einzigartigen Fall, der in der v. Bruns'schen Klinik zur Beobachtung gelangte. Bei einem 4jährigen Mädchen bestand an der linken Halsseite unter normaler Haut von Geburt an eine harte Geschwulst, die, damals haselnußgroß, allmählich Walnußgröße erreicht hatte. Nach der Exstirpation entpuppte sie sich bei der Untersuchung als ein Enchondrom. Ein kirschkerngroßer Fortsatz der Geschwulst enthielt mehrere kleine Cystchen; letztere zeigten eine Auskleidung von flimmerndem Zylinderepithel. Unter Besprechung aller Deutungsmöglichkeiten kommt Verf. zu dem Schluß, daß es sich hier um eine Knorpelgeschwulst handelt, die von dem entodermalen Teile der Kiemenspalten ihren Ausgang nimmt.

Verf. erwähnt kurz alle schon bekannten Bildungen, die nachweislich von Kiemengangsresten ihren Ausgang nehmen, die »branchiogenen« Fisteln, Hautauswüchse, Knorpelreste, Cysten, Abszesse, Blutcysten, Adenome und Cystadenome, Carcinome (Volkmann), Teratome.

Bei den branchiogenen Knorpelstückchen, von denen Verf. 15 Fälle in der Literatur auffinden konnte, verweilt er länger und weist nach, daß es sich in allen diesen Fällen, auch wo der Titel der Veröffentlichung für das Gegenteil zu sprechen scheint, nicht um Knorpelgeschwülste, sondern nur um ruhende Knorpelreste branchiogener Herkunft gehandelt hat. Trotzdem ist schon vor 20 Jahren von Zahn auf die Möglichkeit einer von diesen Knorpelresten ausgehenden Geschwulstbildung hingewiesen worden und für dieselbe der Name »branchiogenes Enchondrom« vorgeschlagen worden, freilich ohne daß es dem Autor gelang, einen sicheren derartigen Fall in der Literatur aufzufinden. Der von K. beschriebene Fall ist jetzt das erste sichere »branchiogene Enchondrom«, das diesen Namen verdient.

Zwei Textbilder und eine farbige Tafel erläutern die Beschreibung.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

57) Riedel (Jena). Über Verlauf und Ausgang der Strumitis chronica. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 37.)

Die Strumitis chronica mit Umwandlung der Schilddrüse in extrem hartes Narbengewebe, ist außerordentlich selten, von R. unter über 1064 gutartigen Kröpfen nur dreimal beobachtet. Der interessanteste dieser Fälle betraf einen 29jährigen Mann, bei dem R. vor 15 Jahren wegen Erstickungsanfällen die steinharte Geschwulst von Mannsfaustgröße vergeblich zu entfernen versucht hatte; er mußte sich mit der Wegnahme eines walnußgroßen Stückes begnügen, da die großen Gefäße und Nerven direkt in die Geschwulst aufgingen. Später wurde wegen der großen Beschwerden die Luftröhre in Gestalt einer Rinne nach Keilresektion aus dem Drüsenisthmus freigelegt; allmählich hörte die Atemnot auf, kehrte eine Zeitlang wieder und besserte sich von neuem; die Geschwulst schwand schließlich von selbst, und ist jetzt nach 15 Jahren Pat. fast ganz gesund.

Die chronische Strumitis stellt also ein eigenartiges Krankheitsbild dar; sie ist die Folge eines rein chronisch entzündlichen Prozesses und keine bösartige Neubildung. Kramer (Glogau).

---

58) J. Züllig. Über Papillome der Schilddrüse. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 18.)

Z. vermehrt die Kasuistik dieser seltenen Geschwulstform um vier Fälle, die er aus der Privatpraxis Kocher's zur Untersuchung erhielt. Die histologischen Befunde, die er erheben konnte, stimmen überein mit denen, die Langhans in Bd. CLXXXIX dieses Archivs in seiner Arbeit über die epithelialen Formen der malignen Struma niedergelegt hat. Doering (Göttingen).

---

59) H. Alamartine. Les lésions thyroïdiennes de la maladie de Basedow primitive et du goître basedowifiant. (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 116.)

Trotz zahlreicher Untersuchungen ist die Basedow'sche Krankheit in ihrem innersten Wesen noch wenig aufgeklärt, und es stehen sich noch immer im wesentlichen zwei Ansichten gegenüber: nach der einen ist die Basedow'sche Krankheit eine Erkrankung des Nervensystems, nach der anderen eine solche der Schilddrüse selbst. Jedoch sind nach dem Verf. die pathologisch-anatomischen Untersuchungen in der Mehrzahl der Fälle ohne genügende Berücksichtigung der jedesmaligen klinischen Symptome gemacht worden. Vor allem sind von der echten Basedow'schen Krankheit allgemeine nervöse Erkrankungen zu trennen, die auch einmal das Bild der Basedow'schen Krankheit zeigen können. Es bleiben dann zwei große Gruppen von Kranken übrig: bei den einen entwickelt sich die Krankheit wie eine toxisch-infektiöse Thyreoiditis (primärer Basedow) oder Strumitis (sekundärer Basedow), bei den anderen treten die toxischen Erscheinungen zurück, und psychische Symptome herrschen vor; worum es sich bei der letzten Gruppe handelt, ist nicht klargestellt, wenn auch Jaboulay behauptet, es läge in diesen Fällen eine heftige Reizung des Halssympathicus vor.

Um sich überhaupt über charakteristische Veränderungen in der Schilddrüse bei echter Basedowkrankheit verständigen zu können, ist es notwendig, die Untersuchungen nur auf die offenbar von der Schilddrüse ausgehenden Erkrankungen zu beschränken; A. untersuchte in diesem Sinne vier Fälle von echter Basedowkrankheit und stellte fest, daß sich beim primären Basedow konstante und charakteristische Veränderungen in der Schilddrüse nachweisen lassen; so

ist bezeichnend die Vermehrung des schon normalerweise vorhandenen Bindegewebes, so daß schon makroskopisch eine sehr deutliche Lappenbildung in der Drüse auffällt. Die Wand der Blutgefäße ist verdickt, so daß die Lichtungen klaffen. Stellenweise sieht man in den interlobulären Bindegewebsbalken längliche Lakunen, die bald leer sind, bald eine kolloidartige Substanz enthalten. Die Verteilung der Parenchymzellen ist unregelmäßig: bald bilden sie solide Zellhaufen wie bei der fötalen Schilddrüse, bald Alveolen, in denen eine lebhafte Sekretion stattzufinden scheint. Auf weitere Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Beim sekundären Basedowkropf bildet der Kropfknoten wohl einen dauernden Reiz auf die Drüse aus; die pathologisch-anatomischen Veränderungen gleichen den eben beschriebenen. Es sind somit zwei Erscheinungen für die echte Basedowkrankheit hervorzuheben: 1) eine hypertrophische Cirrhose, 2) Veränderungen des Parenchyms (s. o.), die nicht genau zu präzisieren sind; sie führen zu einer Störung der Sekretion, und zwar in erster Linie im Sinne der Dysthyreodie. Je stärker die Veränderungen des Parenchyms sind, desto schwerer verläuft auch die Krankheit.

Der primäre Basedowkropf bildet somit das Bild einer diffusen Entzündung, und die Veränderungen ähneln sehr denjenigen bei chronischen toxi-infektiösen Thyreoiditiden bekannter Ursache, z. B. bei Scharlach, Rheumatismus usw. Man kann also annehmen, daß die Basedow'sche Krankheit eine Thyreoiditis toxi-infectiosa besonderer Natur ist.

Sechs gute Abbildungen auf drei Tafeln sind der Arbeit beigegeben, ferner ein Literaturverzeichnis der wichtigsten pathologisch-anatomischen Arbeiten über Basedow'sche Krankheit.

Boerner (Erfurt).

---

60) E. H. van Lier. Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowii. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 1.)

Angeregt durch die bemerkenswerten Blutbefunde bei Morbus Basedowii, wie sie von Caro und von Kocher zuerst beobachtet wurden, hat Verf. in der Lanz-schen Klinik in Amsterdam 76 Fälle von Basedowkranken, von sog. »Formes frustes«, von Strumaparenchym, von Myxödem und von operierten Basedowkranken einer genauen Blutuntersuchung unterzogen. Er kommt zu folgenden »vorläufigen« Ergebnissen:

1) Die Zahl der Erythrocyten bei Morbus Basedowii ist nicht verändert. — 2) Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen ist ebenfalls normal. — 3) Dagegen ist das Verhältnis der Lymphocyten und mononukleären Leukocyten zu den polynukleären neutrophilen Leukocyten verändert, und zwar besteht eine Zunahme der Lymphocyten und mononukleären Leukocyten, eine Verminderung der polynukleären neutrophilen Leukocyten. — 4) Je ausgesprochener das Mißverhältnis zwischen Lymphocytose und Leukopenie ist, desto ungünstiger ist die Prognose des Leidens und der Operation. — 5) Bei den durch Operation geheilten Basedowpatienten kehrt auch der Blutbefund zur Norm zurück.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

61) Discussion on the surgical treatment of Graves's disease. Introduced by professor Kocher. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Die Aussprache über die chirurgische Behandlung der Basedow'schen Krankheit auf der Brit. med. Association von 1910 wurde eröffnet durch einen ausführlichen Vortrag von Kocher. Die Beobachtungen an 100 Fällen haben den

großen Wert der Blutuntersuchung für Prognose und Diagnose ergeben. Die polynukleären Zellen sind stark vermindert, die kleinen mononukleären verhältnismäßig vermehrt. Ausnahmen von dieser Regel kommen vor, sind aber sehr selten. In zweifelhaften Fällen gibt die Blutuntersuchung den Ausschlag. Hyperthyreoidismus, z. B. in der Pubertät, Schwangerschaft und einigen Krankheiten, ist nicht immer gleich Basedow'sche Krankheit, und als solche an sich also keine Anzeige zur Operation. Erst die Blutuntersuchung vervollständigt oft in zweifelhaften Fällen die Diagnose. Der Blutbefund ist auch ein brauchbarer Maßstab für den Grad der eingetretenen Heilung. Ist sie vollständig, so kehrt auch das Blut zur Norm zurück. Die Geschwindigkeitsbestimmung der Blutgerinnung ist für diesen Zweck nicht ganz so zuverlässig. Unter 37 Untersuchungen bei operierten Basedowfällen war die Gerinnung in 78% verlangsamt, in 5% normal, in 16% beschleunigt. Die Bestimmung geschah mit dem Koaguloviskosimeter von Kottman. Die Darreichung von großen Joddosen erzeugt bei nervösen, kropfbelasteten Menschen ausgeprägte Basedowsymptome in kurzer Zeit. Waren schon vorher Andeutungen von Basedow vorhanden, so tritt dieser Jodbasedow in wenigen Wochen ein. Auch bei diesem künstlichen Basedow ändert sich das Blutbild in der von K. angegebenen Weise. Man muß annehmen, daß das Jod einen starken Reiz aussübt auf die Tätigkeit der Schilddrüse.

Ist der Basedow verursacht durch eine Hyperthyreosis, so ist die operative Einschränkung dieser übermäßigen Schilddrüsentätigkeit der gegebene Weg zur Besserung. Die Sterblichkeit in K.'s 469 Basedowoperationen betrug 3,4%, in den letzten 72 Fällen nur noch 1,3%. Die Hauptgegenanzeigen sind die Nephritis und der Status lymphaticus. Die meisten plötzlichen Todesfälle nach der Operation kommen auf Rechnung des letzteren. K. schließt mit einer warmen Empfehlung der frühzeitigen Operation bei Morbus Basedowii.

Hector Mackenzie: Die Basedowsymptome stehen in enger Beziehung zu einer übermäßigen Tätigkeit der Schilddrüse und der Thymus, aber es erscheint zweifelhaft, ob der Basedow tatsächlich verursacht wird durch einen Hyperthyreodismus. Daher glaubt Redn. aus theoretischen Gründen nicht an den Erfolg der Operation und ist praktisch noch nie von einer operativen Heilung überzeugt worden. Von 13 Operierten starben 5, wurden 5 gebessert, 3 blieben im gleichen Zustand. Für die schweren Fälle ist der Eingriff zu verhängnisvoll, für die leichteren sind die operativen Ergebnisse zu entmutigend, um empfohlen zu werden.

Die zehn weiteren Diskussionsredner sprechen sich für die operative Behandlung aus, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen. Weber (Dresden).

---

62) M. Jaboulay. Interventions sur le sympathique cervical et sur le corps thyroïde dans la maladie de Basedow. (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 225.)

J. erörtert in der vorliegenden Arbeit die Frage, ob man beim Basedowkropf nach fruchtloser interner Behandlung den Halsteil des Sympathicus durchschneiden oder die Schilddrüse halbseitig resezieren soll. Die Chirurgen richten sich bei ihrer diesbezüglichen Entscheidung nach der von ihnen vertretenen Theorie über die Basedow'sche Krankheit. Ohne auf die oft erörterten Fragen nach dem Wesen der Basedow'schen Krankheit näher einzugehen, berichtet J. nur über seine eigenen Anschauungen, die er aus den Operationen seiner Fälle gewonnen hat.

J. stützt sich dabei auf die während der letzten 14 Jahre am Sympathicus ausgeführten Operationen und auf seine letzten partiellen Kropfresektionen.

Die Zahl der Operierten betrug 28, und zwar 6 Männer und 22 Frauen; abgesehen von drei Fällen, bei denen es sich um unklare Fälle handelte, waren es Kranke mit echtem, typischem, primärem Basedow. 20mal wurde die Resektion des Halssympathicus, und zwar 17mal doppelseitig und 3mal einseitig gemacht; einmal wurde der Sympathicus auf beiden Seiten gedehnt. Die Mortalität der Sympathicusoperationen betrug fünf Fälle: zwei Kranke starben an postoperativer Bronchopneumonie, einer starb an Gesichtsrose, einer nach 5 Wochen im Anschluß an die Kauterisation eines Schilddrüsenknotens und schließlich einer an persistierender Thymusdrüse.

Interessant sind die Spätresultate, insofern als J. in zwei Fällen eine bereits 12 Jahre beobachtete Heilung erzielte.

J. kommt zu dem Schluß, daß der therapeutische Wert der Sympathicus- und Schilddrüsenresektion gleich sei. Besteht die Krankheit in ausgesprochenem Maße (starker Exophthalmus, erhebliche Herzbeschleunigung), so ist die Resektion der Schilddrüse der gefährlichere Eingriff; J. gibt daher folgende Indikationen für die Wahl der Operation: Operationen am Sympathicus 1) bei frischen Formen mit ausgesprochenen Symptomen, 2) bei fehlendem Kropf; dagegen partielle Schilddrüsenresektion 1) in alten, abklingenden Fällen, 2) bei sehr großem Kropf und abgeschwächten oculo-cardialen Symptomen.

J. spricht sich somit wieder für die nervöse Theorie der Basedow'schen Krankheit aus. Die Erfolge bei der Schilddrüsenresektion sind nach ihm bedingt durch die Zerstörung sympathischer Nervenfasern bei der Blutstillung.

Vier Abbildungen im Text. Boerner (Erfurt).

---

63) E. Tavel. Technik und Indikationen der Endothyreopexie.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 391.)

Während die Exothyreopexie meist zu verwerfen und nur ausnahmsweise anwendbar ist, kann die operative Dislokation eines Kropfstückes bzw. Kropfrestes unter der Haut, also eine »Endothyreopexie«, unter mannigfachen Bedingungen mit Vorteil ausgeführt werden. T. berichtet über sechs Fälle, in denen er sich ihrer bediente. Er lagerte dabei den freigemachten bzw. resezierten Knoten, der meist hinter Brustbein, Luftröhre oder Speiseröhre hervorgeholt war, in eine stumpf vorbereitete Tasche zwischen Kopfnicker und Haut und befestigte ihn mittels Nähten an Fascie oder Muskel. Ihm scheint die Operation indiziert bei beiderseitiger Kropfentwicklung nach Entfernung eines Lappens, wo zu starke Drüsenverkleinerung der anderen Seite Bedenken erregt. 2) Bei Rezidivkröpfen in der zurückgelassenen Seite nach einseitiger Exstirpation, wenn eine Recurrenslähmung besteht. 3) Bei Rezidivkröpfen in der zurückgelassenen Seite auch ohne Recurrenslähmung, wenn die zurückgelassene Seite stark degeneriert ist. 4) Bei beiderseitiger Kompression der Luftröhre, wenn man nach Exstirpation der einen Seite nicht durch eine komplizierte Operation die Dauer des Eingriffs verlängern will. Ästhetisch ist das mit der Operation zu erzielende, übrigens sonst gute Resultat nicht ganz befriedigend, da der zurückgelassene Knoten stark sichtbar bleibt. Doch hat T. bei seinen Rekonvaleszenten Zurückgehen des Knotens bemerkt. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

64) K. Wirth. Die Tetanie und ihre Bedeutung für die Chirurgie.

(Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. 1910. Nr. 20.)

Außer der Tetania thyreopriva, deren klinisches Bild schon lange Zeit bekannt ist und über deren Ätiologie und Therapie Verf. kurz referiert, hat von

den verschiedenen klinischen Tetanieformen besonders die Tetania gastrica in letzter Zeit chirurgisches Interesse beansprucht. Unter dieser Bezeichnung versteht Verf. die Fälle, die im Anschluß an chronische Magendarmerkrankungen, zumeist bei Pylorusstenose auftreten, eine hohe Sterblichkeit aufweisen und jeder internen Behandlung trotzen. Es wird über eine größere Anzahl von in der Literatur niedergelegten Fällen berichtet, die operativ behandelt sind, und aus denen die bedeutend überlegene Wirksamkeit der chirurgischen Therapie gegenüber allen internen Maßnahmen gefolgert werden kann. Die hauptsächlich in Betracht kommenden Operationen sind die Gastroenterostomie, Pyloroplastik und die Pylorusresektion. Ob bei dieser und den anderen Formen der Tetanie, die weniger chirurgisches Interesse haben, und die Verf. kurz streift, nur allein durch die Operation des Grundleidens eine Dauerheilung erzielt werden kann, oder ob sich auch durch die organotherapeutische Behandlung Dauererfolge erringen lassen werden, müssen weitere Untersuchungen lehren.

W. V. Simon (Breslau).

---

65) X. Delore et H. Alamartine (Lyon). La tétanie parathyréoprive post-opératoire et la technique des thyroïdectomies principalement dans la maladie de Basedow (technique de la thyroidectomie sous — capsulaire postérieure). (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 9.)

Die postoperative Tetanie ist besonders häufig nach der Exstirpation von Basedowkröpfen, weil der Basedow schon an sich auf einer Insuffizienz der Nebenschilddrüsen beruht. Die Schwangerschaft steigert die Gefahr der Erkrankung an postoperativer Tetanie. Auch die Örtlichkeit scheint eine Rolle zu spielen. So ist Tetanie häufiger in Wien als in Bern.

Chloral, Morphium, Brom, Kalzium und tierische Nebenschilddrüsenextrakte sind immerhin nur unsichere Heilmittel. Die sehr zuverlässige subperitoneale Einpflanzung menschlicher Nebenschilddrüsen scheitert oft an der Schwierigkeit der Beschaffung geeigneten Materials. Oberste Regel bei jeder Strumektomie ist deshalb, die Exstirpation der Nebenschilddrüsen zu vermeiden. Hierzu verhilft nur eine genaue Kenntnis der Anatomie, die die Verff. an 30 Leichen Erwachsener studiert haben. Eine einigermaßen bestimmte Lage haben nur die Glandulae parathyreoideae externae, die am Eintritt der oberen und unteren Schilddrüsenarterie liegen. Jedoch kommen konstant nur die beiden unteren vor; sie liegen an der Hinterfläche der Schilddrüse dort, wo der aufsteigende Ast der Thyreoidea inf. und der absteigende Ast der Thyreoidea sup. anastomosieren, nahe dem Recurrens. Daneben gibt es accessorische Nebenschilddrüsen. Das Vorkommen von Tetanie nach halbseitiger Strumektomie lehrt, daß die Nebenschilddrüsen einer Seite völlig fehlen können. Ihre Gefäße erhalten die Nebenschilddrüsen hauptsächlich von der Thyreoidea inf. außerhalb der Schilddrüsenkapsel. Die Thyreoidea inf. muß daher intrakapsulär oder im wagerechten Teile ihres Stammes unterbunden werden, weil dann Kollateralen die Ernährung der Nebenschilddrüsen übernehmen können.

Da die Schonung der Nebenschilddrüsen bei der Exstirpation des Basedowkropfes wegen der stärkeren Verwachsungen und Blutung schon an und für sich schwieriger ist, so ist hier ganz besonders an der Hinterseite die subkapsuläre Strumektomie geboten. Große Schnitte ohne Schonung der unteren Zungenbeinmuskulatur, sorgfältigste Blutstillung, Spaltung der Kapsel womöglich erst nach

Unterbindung der großen ein- und austretenden Gefäße bilden daher die leitenden Gesichtspunkte bei jeder Basedowkropfoperation. Die Verff. beginnen sie mit einer langen U-förmigen Inzision von der Höhe des Zungenbeines bis 2 cm über dem Brustbeinhandgriff. Die einzelnen Operationsakte werden an der Hand von fünf Abbildungen ausführlich geschildert.

In der Empfehlung der einseitigen Thyreoidektomie mit Unterbindung der Thyreoidea sup. der anderen Seite schließen sich die Verff. Kocher an. Doppelseitige teilweise Resektionen und Resektionen oder Massenunterbindungen am unteren Pol sind zu vermeiden. Gutzeit (Neidenburg).

---

66) Heinrich Klose und Heinrich Vogt. Klinik und Biologie der Thymusdrüse. Mit besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zu Knochen und Nervensystem. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 1. 1910.)

Die interessante, nach Inhalt wie Umfang großzügige Arbeit bringt außer einer gründlichen Würdigung der Literatur das Resultat eigener Experimente, die an 54 Hunden angestellt wurden. Aus dem reichen Inhalt der Arbeit seien folgende Ergebnisse angeführt:

Die Thymus wächst beim Menschen bis Ende des 2. Lebensjahres; dann setzt die physiologische Altersinvolution ein, nach deren Ende (Pubertätszeit), noch ein geringer Rest, der sogenannte thymische Fettkörper, verbleibt. Die Lehre vom »Asthma thymicum« und von der mechanischen Druckwirkung der hyperplastischen Thymus wurde erst durch das Ergebnis chirurgischer Eingriffe gesichert. Bis 1909 waren acht operativ geheilte Fälle bekannt. Die Druckwirkung äußert sich in chronischer Atemnot mit akuten Erstickungsanfällen. Ferner kann Druckwirkung auf die großen Gefäße, besonders die Venen, auf das Herz und die Speiseröhre eintreten. Diagnostisch ist das Hauptgewicht auf das Auftreten einer exspiratorischen Geschwulstbildung im Jugulum zu legen. Die einzig zuverlässige Operationsmethode ist die intrakapsuläre Exopexie, eventuell mit Enukleation oder Exzision. Die Resektion des Brustbeins kommt nur ausnahmsweise in Frage.

Der Thymustod ist entweder ein Herz- oder Hirntod oder ein Erschöpfungstod. Bei der Thymusstenose spielt noch die toxische allgemeine Körperschädigung eine mehr oder weniger wichtige Rolle. Diese konstitutionelle Schädigung kommt zu stande durch Säurevergiftung.

Es ist wohl nicht möglich, das Organ beim Menschen ganz zu entfernen, doch ist es von Wichtigkeit, über Folgen der Totalexstirpation, über das vikariierend eintretende Organ und über die Möglichkeit einer spezifischen Therapie Genaueres zu erfahren. Dies kann nur durch das Tierexperiment geschehen.

Besonders geeignet sind die Hunde, bei welchen die maximalste Thymusentwicklung zwischen dem 10. und 20. Lebenstag fällt. Operiert wird am besten am 10. Tag; ein doppelseitiger Pneumothorax läßt sich nicht vermeiden, doch ist Sorge zu tragen, daß er nicht gleichzeitig eintritt.

Verff. unterscheiden bei den Folgen der Thymektomie drei Stadien: Das Latenzstadium (2.—4. Woche), das Stadium adipositatis (2.—3. Monat) und das Stadium cachecticum mit der Idiotia thymopriva (3.—14. Monat).

Die vollkommene Entfernung der Thymus in der Zeit des physiologisch maximalen Wachstums hat den Tod zur Folge. Der Thymustod ist ein chronischer,

allgemeiner Gewebstod mit Vorherrschen der Adynamie, besonders der Knochen- und Gehirnadynamie.

Daraus folgt, daß Thymusexstirpation beim Menschen im Säuglings- und frühesten Kindesalter zu vermeiden ist, da sie lebensvernichtend wirken würde. Die Folgen sind allerdings erst nach Ablauf des 2. Lebensjahres, der adynamische Tod in der Pubertät zu erwarten.

Die Thymusexstirpation erzeugt Zwergwuchs, Hyperplasie des ganzen Skelettsystems. Die Knochen werden, je nach der Entwicklungsstufe, biegsam oder brüchig, Rachitis, Osteomalakie und Osteoporose sind die Folge. Die Ursache hiervon ist ein Mangel an ungelöstem Kalk, der durch Säureüberladung des Organismus zustande kommt.

Im nervösen Status zeigen sich bald nach der Operation Änderungen, vor allem in der Motilität (träge, plumpe Bewegungen, Ermüdungserscheinungen und leichte Paresen, ferner koordinatorische Störungen). Später tritt Abstumpfung der Sensibilität bis zur Analgesie auf. Die Sinnesfunktionen nehmen ab, die elektrische Erregbarkeit vom Nerven aus ist gesteigert, ferner zeigt sich schwere psychische Veränderung bis zur Verblödung.

Analogien mit Krankenbeobachtung beim Menschen machen es wahrscheinlich, daß es auch eine echte Idiotia thymopriva beim Menschen gibt.

Neurohistologisch erscheinen an den peripheren Nerven geringe neuritische Veränderungen, am Rückenmark geringer Markzerfall der Nervenscheiden in der Eintrittszone der vorderen und hinteren Wurzeln; in der grauen Substanz des Gehirns zeigen sich Aufquellung und Verflüssigung.

Im Stadium adipositatis tritt eine Vermehrung des Körperfettes auf, in der Cachexia thymopriva eine richtige Hyperplasie von Milz, Schilddrüse, Pankreas, Ovarien und Hoden. Die Milz zeigt mikroskopische Veränderungen, die auf Eintreten vikariierender Funktion schließen lassen.

Es ist sicher, daß bei den Kindern mit Thymushyperplasie neben der lokalen Schädigung eine allgemeine, durch Intoxikation bewirkte besteht, jene früher so unklare lymphatisch-chlorotische Konstitution.

In chemischer Hinsicht ist eine außerordentliche Armut der Knochen an Kalksalzen bemerkenswert. Da die Ablagerung unlöslicher Kalksalze im Organismus von Alkalien herbeigeführt wird, während andererseits als Lösungsmittel nur Säuren in Betracht kommen, liegt die Hypothese nahe, daß die Thymus eine entsäuernde Wirkung hat, indem sie die in den verschiedenen Teilen des Organismus frei werdende Phosphorsäure, bzw. kompliziertere Verbindungen derselben, durch Nukleinsäure wieder maskiert.

Bei der Tetanie der Kinder, die in manchen Punkten den Symptomen der Thymusexstirpation ähnelt, wäre die Säurevergiftung zur Erklärung in Erwägung zu ziehen. Die Quellung des Gehirns nach Thymektomie ist gleichfalls eine unmittelbare Folge der Säurevergiftung; es folgt daraus, daß die von der Thymus zu leistende Säurebindung im Organismus für das Zentralnervensystem lebenswichtig ist.

Da die Verabreichung von Thymuspräparaten die Ausfallserscheinungen noch steigert, kommt für die Chirurgie als einzig rationelle Therapie die Autoplastik in Betracht. Weiterhin muß das Heilbestreben dahin gehen, die schon vorhandene Säurevergiftung durch Alkalizufuhr zu beheben oder den Organismus zur vermehrten Bildung von Alkali anzuregen.

Literaturverzeichnis von 615 Nummern, 11 Tafeln und 23 Abbildungen vervollständigen die sehr lesenswerte Arbeit. H. Fritz (Tübingen).

---

67) Blumenfeld. Zur pathologischen Anatomie der Stimmlippe. Mit 3 Tafeln und 6 Abbildungen im Text. (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 3.)

Wertvolle Untersuchungen über ein auf die Stimmlippe beschränktes, vor operativen Insulten bewahrt gebliebenes Karzinom. Verf. geht an der Hand seiner Präparate und der Studien Hajek's, Reinke's der Erklärung der Tatsache nach, daß sich das Wachstum des Krebses immer in einer ganz bestimmten Richtung bewegt, nämlich entlang dem Stimmbande. »Diese Wachstumseigentümlichkeit des Stimmbandkrebses ist bedingt durch die Anordnung des submukösen Lymphraumes, der in sich geschlossen ist. Die obere und untere Grenzlinie des beginnenden, auf die Stimmlippe beschränkten Karzinoms bilden die Lineae arcuatae superior und inferior (Reinke), denen entsprechend der submuköse Lymphraum der Stimmlippe gegen die des Morgagni'schen Ventrikels und der subglottischen Schleimhaut abgegrenzt ist.« Hieraus resultiert für die Stimmlippenkarzinome eine Ausnahmestellung auch in der Therapie gegenüber den übrigen Kehlkopfkrebsen, insofern eine endolaryngeale Entfernung (aber auch nur bei diesen allein) ausreichend erscheint und tatsächlich auch zu Dauerheilung geführt hat. Nicht tangiert wird durch diese Feststellung die Erfahrung, daß die Stimmbandkarzinome je nach ihrem Geschwulstcharakter verschieden gefährlich sind. Engelhardt (Ulm).

---

68) Citielli. Intubation und Tracheotomie bei akuten Larynxstenosen der Kinder. (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie und ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 3.)

Verf. empfiehlt bei akuten Larynxstenosen der Kinder statt der üblichen Fragestellung: Intubation oder Tracheotomie, vielmehr die Kombination beider Methoden. Die Intubation kann sich nach ausgeführter Tracheotomie nützlich erweisen, so in einem Falle, wo die nach fehlerhaft ausgeführtem Luftröhrenschnitt (es war auch der Ringknorpel durchschnitten) entstandene Stenose durch Intubation glatt beseitigt wurde. Damit stimmen die Erfahrungen einer Reihe anderer Autoren überein, die Intubation empfehlen in Fällen schwierigen Decanulements, teils wegen Granulationswucherung um die Tracheotomiewunde, teils wegen narbiger Stenose, teils wegen subglottischen Ödems. Als Normalverfahren möchte aber Verf. zuerst Intubation empfehlen, der erst nach zweimal 24 Stunden, wenn die Extubation nicht gelingt, die Tracheotomie in Höhe des II. und III. Trachealringes, am intubierten Kinde, zu folgen hat. Bei erschwertem Decanulement soll dann die Kanüle liegen bleiben und zur Vermeidung von Stenosen öfter eine Tube in den Larynx eingeführt werden. Gelingt auch nach längerer Zeit das Decanulement noch nicht, so kann man nochmals intubieren und die Tube im Larynx durch die Trachotomiewunde hindurch fixieren. Die Laryngostomie wird am besten vermieden. Diese Vorschläge des Verf.s verdienen alle Beachtung, setzen aber, was Verf. selbst betont, einen in Intubation und Tracheotomie gleich erfahrenen Arzt voraus; als Zeitpunkt des Decanulements erscheint dem Ref. der als Norm angenommene 6.—8.—12. Tag reichlich spät, da bekanntlich die Resultate der Tracheotomie um so besser sind, je früher decanuliert wird (in der Regel 4. Tag). Engelhardt (Ulm).

---

69) **Dencker. Ein Fremdkörper im rechten Sinus piriformis, Tuberkulose bzw. Tumor vortäuschend.** (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 3.)

Starkes Ödem der Kehlkopfhinterwand und des rechten Aryknorpels, verursacht durch einen längere Zeit wahrscheinlich im rechten Sinus piriformis liegenden, $3^1/_2$ cm langen, 3 mm breiten Holzpflock, der 1 Monat nach Abschabung der Schleimhaut und dadurch erfolgter Abschwellung, jetzt quer über dem Kehlkopfeingang liegend, entfernt werden konnte. Engelhardt (Ulm).

---

70) **P. Sudek. Sprechkanüle nach totaler Kehlkopfexstirpation.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 616.)

Zwei von S. nach Gluck total laryngektomierten Pat. verschaffte S. Sprechfähigkeit auf folgende Weise. Die zusammengeheilte Haut über dem Rachen wurde oberhalb der Operationsnarbe durchbohrt und durch die geschaffene Öffnung ein Gummischlauch in die Rachenhöhle geleitet, der mit der Lichtung der Trachealkanüle des Pat. in Verbindung gesetzt wird (Bild). Ein Glimmerplättchenventil erlaubt freien Eintritt der Inspirationsluft in die Kanüle, während es die Exspirationsluft zum Teil in den Gummischlauch und Rachen leitet. Der Apparat erlaubt auch die Einschaltung einer künstlichen (Harmonikazungen-) Stimme, doch bedienen sich die Kranken lieber bloßer Flüsterstimme.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

71) **F. T. H. Davies. Hiccough in the course of diaphragmatic pleurisy treated by Laborde's method.** (Brit. med. journ. 1910. September 17.)

Ein schwerer Fall von unstillbarem Schlucken im Verlauf einer Zwerchfellpleuritis wurde dauernd und unmittelbar nach dem von Laborde angegebenen Handgriff befreit. Er besteht darin, daß man die Zunge hervorzieht und einige Minuten in dieser Lage festhält. Weber (Dresden).

---

72) **Balt. Werner. Uber die Brustwandresektionen. Die Entwicklung ihrer Technik unter Berücksichtigung der Druckdifferenzverfahren.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Die Arbeit, eine Dissertation, stammt aus der Garrè'schen Klinik in Bonn. Verf. schildert die bekannte Entwicklung, die durch zwei Richtlinien bestimmt wurde, nämlich Vermeidung der Pleurainfektion und des Pneumothorax. Er zählt kurz die älteren Fälle von Brustwandresektionen auf — d. h. die vor der Erfindung des Druckunterschiedverfahrens veröffentlichten —, zusammen 35 (19mal Sarkome, 13mal Chondrome, 3mal Karzinome der Brustwand). Er schildert die Verfahren, die zur Vermeidung der Gefahren des Pneumothorax zur Anwendung gelangten, die künstliche Bildung von Verwachsungen zwischen beiden Pleurablättern, die künstliche Atmung, die allmähliche Hervorrufung eines künstlichen Pneumothorax als vorbereitende Operation (Dollinger), die Tamponade des Brustraums, die Pneumopexie. Hierbei teilt Verf. drei neue Fälle mit aus dem Mainzer St. Rochus-Stadtkrankenhause (Med.-Rat Reisinger), bei denen die Pneumopexie in Anwendung kam; einmal handelte es sich um ein Chondrosarkom der Brustwand, zweimal um Mammakarzinomrezidiv: zwei geheilt, einer an Herzschwäche gestorben. Nach ausführlicher Besprechung der neuen Druckunterschiedverfahren teilt Verf. zwei neue von Garrè ausgeführte

Brustwandresektionen mit: beide Pat. wurden wegen Rezidivs nach Carcinoma mammae mit gutem Erfolge operiert, der erste in der Sauerbruch'schen Kammer, der andere mit Hilfe des Brauer'schen Überdruckapparates. Nach Beendigung der Operation ist ein sicherer Abschluß der Brusthöhle unbedingt anzustreben.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

73) **K. Woskressenski.** Ein Fall von Mediastinalgeschwulst. (Praktitscheski Wratsch 1910. Nr. 41 u. 42.)

48jährige Frau, seit dem 18. Jahre oft an Husten leidend, nervös. Vor 3 Jahren Kontusion der Brust, links. Vor 6 Monaten Erkältung, seitdem Schmerzen der linken Brustseite, mehr in den oberen Teilen. Hüsteln. Brustumfang links um 1,5 cm geringer als rechts; Schall links oben dumpf, vorn bis zur IV. Rippe, hinten bis zum unteren Drittel des Schulterblattes; keine Atemgeräusche in der Dämpfungszone, kein Rasseln. Vorn starke Pulsation zwischen II.—IV. Rippe. Oft hartnäckiges Aufstoßen, Erbrechen; Stimme heiser; Puls 120, selbst bei normaler Temperatur. Symptome von Druck auf die Speiseröhre; Herz etwas nach rechts verdrängt. Lymphdrüsen nicht vergrößert, Venen nicht erweitert. Man dachte an Aneurysma aortae descendentis. — Bald kamen Symptome von Druck auf die linke Vena subclavia und die rechte A. subclavia, ferner auf die Lutfröhre oder auf einen Hauptbronchus. Nun erkannte man eine Mediastinalgeschwulst. An steigenden Atembeschwerden ging Pat. zugrunde. Die Sektion ergab ein Sarkom aus großen Rundzellen, 17 cm lang, 15 cm im Durchmesser, das das ganze hintere Mediastinum einnahm. Gückel (Kirssanow).

---

74) **Fritz Sieber.** Ein Teratom im vorderen Mediastinum. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 272.)

Ausführliche Beschreibung eines dreikeimblättrigen, größtenteils soliden Teratoms des vorderen Mediastinum. Mikroskopisch waren in der Geschwulst nachzuweisen: außer dem bindegewebigen Stützgewebe, Fett, Blutgefäße, glatte Muskulatur, periphere Nerven, hyaline Knorpel, Knochen, epitheliale Elemente in Form von Cysten, die mit Platten-, Zylinder- und Flimmerepithel ausgekleidet waren, und wohlausgebildete Drüsen, sowie schließlich Bestandteile ganzer Organe, die sich deutlich als Abkömmlinge des Darmkanals erkennen ließen. Im Gegensatz zu den bekannten teratoiden Mediastinalgeschwülsten, die in der großen Mehrzahl als Dermoidcysten anzusehen sind, weil bei ihnen eine Cyste ektodermalen Ursprungs den Hauptbestandteil bildet, dem gegenüber die event. vorhandenen Abkömmlinge der anderen Keimblätter ganz in der Hintergrund treten, muß vorliegende Beobachtung für ein echtes Teratom des Mediastinum gehalten werden, da es sich um eine größtenteils solide, aus Abkömmlingen aller drei Keimblätter bestehende Geschwulst handelt. Die Literatur kennt nur eine Analogon, ein Teratoma myomatodes mediastini; es ist von Virchow in Bd. LIII des Archivs beschrieben worden. Doering (Göttingen).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 3. Sonnabend den 21. Januar 1911.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen. Prof. Dr. Perthes.

Über Injektionsnarkose mit Pantopon-Skopolamin.

Von

Prof. Dr. M. v. Brunn,
Oberarzt der Klinik.

Die bekannten Gefahren der Inhalationsnarkose haben gerade in neuerer Zeit zu immer erneuten Versuchen geführt, sie einzuschränken. Ein sehr radikaler Versuch in dieser Richtung war der Vorschlag Schneiderlin's, die Inhalationsnarkose ganz zu ersetzen durch eine Injektionsnarkose, nämlich durch Injektion von Morphium und Skopolamin in recht großen Dosen, deren Gefährlichkeit

durch eine fraktionierte Darreichung einigermaßen abgeschwächt und dosiert werden sollte.

Zwei Umstände haben sich der praktischen Durchführung der Scheiderlinschen Methode hindernd in der Weg gestellt: erstens die in den angewendeten Dosen zu große Gefährlichkeit der verwendeten Mittel; zweitens die Unmöglichkeit, bei zu starker Intoxikation diese Mittel rasch wieder aus dem Körper zu entfernen oder sie sonstwie unschädlich zu machen. Dazu kam noch die Unbequemlichkeit der mehrfachen Injektionen und der langen Wartezeit.

Durch eine Reihe zweckmäßiger Neuerungen scheint mir jetzt die Möglichkeit gegeben, auf die Injektionsnarkose zurück zu kommen.

Erstens ist uns durch Einführung des Sahli'schen Pantopons, eines Präparates, welches die Gesamtalkaloide des Opiums in löslicher, für die subkutane Injektion geeigneter Form enthält, ein Präparat gegeben, welches in ungefährlichen Dosen stärker zu wirken scheint, als das Morphium.

Zweitens haben wir in der Verkleinerung des Kreislaufes ein Verfahren, um einmal das injizierte Mittel infolge der weniger starken Verdünnung zu einer verhältnismäßig stärkeren Wirkung zu bringen, um ferner aber eine gewisse Reservemenge unvergifteten Blutes zurück zu behalten, das wir jederzeit zur Abschwächung einer zu starken Intoxikation nutzbar machen können.

Allerdings ist für die Zwecke einer Injektionsnarkose, bei welcher zu der Operationsdauer immer noch eine gewisse Wartezeit bis zum Eintritt der Narkose hinzukommt, der von Klapp beschrittene Weg, durch Abschnürung mehrerer Extremitäten den Kreislauf zu verkleinern, nicht wohl gangbar, weil doch vielleicht die allzu lange Ausschaltung der Extremitäten aus dem Kreislauf zu Störungen führen könnte; unbedenklich aber wird man nach dem Vorgang von Dawbarn (Annals of surg. 1907) und Hans (Zentralblatt für Chirurgie 1910, p. 1579) eine Verkleinerung des Kreislaufes durch Stauung erstreben dürfen. Die erreichte Wirkung wird dabei vielleicht eine geringere sein, doch haben uns unsere Versuche gelehrt, daß sie sich bei der praktischen Prüfung als hinreichend erweist.

Wir haben zunächst die schon mehrfach in der Literatur niedergelegten Angaben (vgl. Brüstlein, Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910, Nr. 26) über die vortreffliche Wirksamkeit des Pantopons nachgeprüft und dabei gefunden, daß subkutane Injektionen dieses Mittels in Verbindung mit Skopolamin prinzipiell gleich, nur graduell etwas intensiver wirken, wie die allgemein bewährten Injektionen von Skopolamin-Morphium zur Unterstützung der Allgemeinnarkose. Wir sind dann aber dazu übergegangen, diesen Skopolamin-Pantoponinjektionen in den als ungefährlich erprobten Dosen die Verkleinerung des Kreislaufes durch Stauung hinzuzufügen.

Bei den einfachen Skopolamin-Pantoponinjektionen war für eine hinreichende Anästhesie, selbst wenn man lange Zeit wartete, in der Regel noch eine Beigabe von Inhalationsnarkotikum erforderlich. Nur Strumaoperationen und eine Probelaparotomie bei einer alten Frau konnten wir ohne Beigabe irgendeines anderen Anästhetikums auch ohne Stauung ausführen. Wurde dagegen die Verkleinerung des Kreislaufes den gleichen Dosen hinzugefügt, so schliefen die Pat. zunächst erheblich rascher, zuweilen schon nach 10 Minuten, fest ein und blieben dann häufig für die ganze Dauer selbst sehr eingreifender und langdauernder Operationen (Mammaamputation, Fußgelenkresektion usw.) in einem derartigen Schlafzustand, daß trotz erhaltener Reflexe, trotz der Möglichkeit, die Pat. jederzeit zu erwecken, die Operation schmerzlos ausgeführt werden konnte. Zuweilen, besonders bei kräftigen jungen Leuten und wenn die Kranken im Beginn am ruhigen Ein-

schlafen verhindert wurden, reichte auch bei Verkleinerung des Kreislaufes die Injektionsnarkose allein nicht ganz aus, so daß etwas Äther, mit dem Braunschen Apparat gereicht, zu Hilfe genommen werden mußte.

Die Firma F. Hoffmann-La Roche & Co., Grenzach (Baden) hat auf meine Bitte Ampullen angefertigt, welche 1,1 ccm einer Lösung von 0,05 Pantopon und 0,001 Skopolamin in 1 ccm enthalten. Von dieser Lösung erhalten unsere Pat. nach vorheriger Stauung der Beine, eventuell auch noch eines Armes, $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden vor der Operation eine einmalige Injektion von 6—8 Teilstrichen der Pravazspritze, also 0,03—0,04 Pantopon und 0,0006—0,0008 Skopolamin, je nach ihrem Ernährungs- und Kräftezustande. Bei ganz ungewöhnlich schwächlichen oder ungewöhnlich kräftigen Leuten haben wie gelegentlich diese Dosen noch etwas vermindert oder überschritten. Irgendwelche schädliche Neben- oder Nachwirkungen haben wir bisher nicht beobachtet, abgesehen von gelegentlichem Erbrechen nach dem Erwachen.

Unsere Erfahrungen, die sich zurzeit auf 125 Fälle erstrecken, sind noch viel zu gering an Zahl, um schon jetzt irgendein abschließendes Urteil zu ermöglichen, doch ist das, was wir bisher von der Injektionsnarkose mit Pantopon-Skopolamin gesehen haben, so ermutigend, das Verfahren so verblüffend einfach und die Narkose, wo sie ohne Beigabe sonstiger Narkotika eintritt, gerade durch ihre geringe Tiefe bei ausreichender Schmerzbetäubung so ideal, daß wir glauben, das Verfahren schon jetzt den Fachgenossen zur Nachprüfung empfehlen zu sollen.

Für Operationen, bei denen es auf völlige Entspannung der Muskulatur ankommt, besonders also für Laparotomien, reicht es allerdings für sich allein nicht immer ganz aus, doch ist es auch hierbei wertvoll, weil es eine ganz erhebliche Verminderung der für die tiefe Narkose erforderlichen Äthermenge gestattet. Chloroform dürfte sich stets ganz vermeiden lassen.

II.

Erfahrungen mit Kuhn's Catgut nebst Bemerkungen zur Technik der Appendektomie.

Von

Dr. Bertelsmann in Kassel.

Mein kleiner Artikel über die Technik der Appendektomie in Nr. 23, Bd. XXXVI dieses Zentralblattes hat eine Bemerkung Börner's in Nr. 29 desselben Bandes hervorgerufen. Ich hätte damals schon auf diese Bemerkung etwas zu erwidern gehabt, glaubte aber, daß dies für die Fachgenossen nicht interessant sein würde und verschob es auf eine passende Gelegenheit. Diese scheint mir nunmehr gekommen, nachdem ich mit dem nach Kuhn's Verfahren hergestellten Catgut ausreichende Erfahrungen gemacht habe. Zunächst möchte ich ganz kurz auf den Anfang von Börner's Bemerkung eingehen:

B. schreibt: die von Bertelsmann empfohlene Technik usw. wird vielen Chirurgen nichts Neues bringen. Ich glaubte dadurch, daß ich die Erwähnung von Riedel's Bestrebung, die Technik der Appendektomie einmal auf dem Chirurgenkongreß zur Sprache zu bringen, meinen Ausführungen vorangehen ließ, genügend angedeutet zu haben, daß es mir nicht um die Mitteilung von

etwas Neuem, sondern um eine Ansichtsäußerung zu tun war. Dasselbe Ziel verfolge ich auch jetzt.

Viele Chirurgen werden die gleichen Erfahrungen wie ich gemacht und viele werden die gleichen Schlüsse gezogen haben.

Eine Vorfrage ist, ob Prüfungen resorbierbaren Nahtmaterials überhaupt einen Zweck haben. Wie ich aus persönlichen Besprechungen weiß, und wie unter anderem die Mitteilung Madlener's in Nr. 1, 1910, dieses Zentralblattes zeigt, halten manche Chirurgen dünne Seide für ausreichend bei allen Operationen, auch bei eitrigen, und erst recht wohl bei chronisch entzündlichem Gewebe, wie ich Börner gegenüber bemerken möchte. Ich bin dem entgegen der Ansicht, daß der Restitutio in integrum etwas fehlt, wenn man nichtresorbierbares Material im Körper zurück läßt, und daß, wer sich aus Gründen der Asepsis oder des besseren Haltens für Seide oder Zwirn entscheidet, von zwei Übeln das seiner Meinung nach kleinere wählt.

Mag eine Operation noch so aseptisch verlaufen sein, und mag der Seiden- oder Zwirnfaden monatelang ruhig gelegen haben, es kann sich doch noch etwas ereignen. Die Sublimatdurchtränkung des Fadens hält nicht für immer stand, und es ist ein Irrtum zu glauben, daß der Körper selbst unter allen Umständen steril sei. Es ist genugsam bewiesen, daß bei Infektionskrankheiten, z. B. bei einer heftigenu Angina, Bakterien im Blute kreisen. Ebenso wie unter solchen Umständen subkutane Blutergüsse vereitern, können auch an den bisher ruhig lagernden Seidenfäden Reizerscheinungen auftreten. Mir war verschiedene Male ein solcher Zusammenhang sehr wahrscheinlich.

Einmal z. B, handelte es sich um eine von einem vorzüglichen Chirurgen mit glänzender primärer Heilung ausgeführte Mammaamputation. Fast 1 Jahr lagen die vielen feinen Seidenligaturen reaktionslos im Gewebe; nach einer tüchtigen »Erkältung« wurden sie nacheinander schmerzhaft und stießen sich aus oder mußten herausgeholt werden. Die Sache dauerte solange, bis das Rezidiv da war.

Einen anderen Fall, um noch ein Beispiel anzuführen, sah ich heute. Die junge Dame war von einem anerkannten Chirurgen vor 1 Jahr wegen Appendicitis operiert, primär geheilt und bisher beschwerdefrei. Vor 14 Tagen ein schwerer »Schnupfen«, heute sehr unangenehme Schmerzen in der Narbe. Unter dieser fühlte man vier oder fünf offenbar Seitenligaturen entsprechende Knötchen, die bei Berührung erheblich schmerzhaft waren. In der Regel geht durch Ruhe und Umschläge ein solcher Reizzustand zurück, aber ist er wünschenswert?

Aus diesen Gründen habe ich im letzten Jahr bei ungefähr 800 Operationen das Kuhn'sche Catgut verwendet und folgende Erfahrungen gemacht:

Es heilt völlig aseptisch und reizlos ein, es resorbiert sich sehr langsam, so daß sicher die Heilung längst vollendet ist, ehe der Faden merklich an Zugfestigkeit verloren hat. Es ist zum Unterschied von Cumolcatgut sehr schmiegsam und eignet sich dadurch auch für zartere Gewebe. Es ist aus diesen Gründen sehr gut für Darmoperationen zu gebrauchen, bei denen ich es überall angewendet habe[1]. Mir hat bei Magenoperationen, Dünn- und Dickdarmnähten, Cysticusunterbindungen usw. keine Naht nachgegeben. Bei Appendicitis habe ich es — um bei dem in meiner früheren Mitteilung angeschnittenen Thema zu bleiben — 128mal im letzten Jahre ausschließlich verwendet, und zwar in allen Fällen, auch in den eitrigen und tamponierten oder drainierten. Die Stumpfnaht hat immer gut gehalten. Diese machte ich wie früher, nur daß ich, wie außer anderen

[1] Nr. 0, 1 und 2.

auch Hofmeister[2] es tut, in der Quetschfurche mit dem Paquelin abbrannte und je nach Umständen die Tabaksbeutelnaht zum Abschluß anwendete. Waren beim Ablösen der Appendix Serosadefekte entstanden, so wurden diese und der Stumpf nochmals mit feinem Catgut übernäht. Ist der Wurmfortsatz bis zur Basis gangränös oder sehr stark entzündet, durchnähe ich diese ohne Quetschung mit Catgut, wie ich es in Frankfurt bei Rehn gesehen habe, und verfahre dann nach Abtragung mit Messer, Schere oder Paquelin wie sonst[3].

Zu der von Börner mitgeteilten Versorgungsmethode Bessel-Hagen's möchte ich hierbei sagen, daß sie gewiß gute Resultate geben muß, wenn ein so guter Chirurg sie anwendet, daß aber die allgemeine Entwicklung der Darmchirurgie in den letzten 10 Jahren die gewesen ist, daß man so viel wie möglich bei geschlossenem Darm operiert; dann sind die »üblchen Kautelen gegen den Ausfluß von Kot«, von denen Börner spricht, nicht nötig.

Ich halte also das Kuhn'sche Catgut für geeignet, die Seide auch bei allen Darmoperationen zu ersetzen. Einige Mängel hat es aber doch. Der erste ist der, daß die Fäden, die gleiche Nummer tragen, nicht immer gleichmäßig dick sind, der zweite, daß Lieferungen vorkommen, bei denen die gewöhnlich hervorragende Zugfestigkeit eine recht mäßige ist. Bei wichtigen Abbindungen tut man gut, die Haltbarkeit der Fäden vorher zu prüfen.

Der dritte Mangel ist, daß die stärkeren Nummern, von Nr. 3 an, sich zu langsam im Körper auflösen. Sie verhalten sich wie Seide, und zwar wie dicke Seide, haben also die Neigung, sich noch abzustoßen, wenn die Wunde schon monatelang fest verheilt war. Diese Mängel muß und kann der Fabrikant noch beseitigen.

Meine Erfahrungen schließen sich also denen an, die v. Herff im Zentralblatt Nr. 41, 1910, mitgeteilt hat.

III.

Aus dem städt. Krankenhaus in Kowno, Rußland.

Plastischer Ersatz der Mittelhandknochen durch die Phalangen.

Von

Dr. A. Hagentorn,
dirigierender Arzt des Krankenhauses.

Bei schweren Quetschwunden der Hand, besonders bei Dreschmaschinenverletzungen derselben, findet sich nicht selten eine völlige Zerstörung der Metakarpalknochen und der Weichteile des Handrückens bei verhältnismäßig geringfügiger Verletzung der Finger und der Weichteile der Hohlhand. Eine solche Hand hängt als haltloser Lappen herab, an dem die Finger wie unnütze An-

[2] Hofmeister wendete eine der meinigen sehr ähnliche Technik schon lange vor meiner ersten Publikation an.

[3] Von allen im Jahre 1910 im Roten Kreuz wegen Appendicitis und deren Folgen eingelieferten Pat. starben dabei 4. Die Gesamtmortalität beträgt also 3,1%, wenn man nur die Operierten in Anrechnung bringt. Bei Hinzuzählung der konservativ behandelten Fälle würde der Prozentsatz ein etwas günstigerer sein. Auch diese Zahlen scheinen mir für die Zuverlässigkeit des Nahtmaterials zu sprechen.

hängsel erscheinen. Ist unter solchen Umständen die Muskulatur des Daumens gut erhalten und auf spätere Funktion derselben zu hoffen, so erscheint es wünschenswert, ein festes Mittelhandgerüst zu schaffen, mit Hilfe dessen der bewegliche Daumen Gegenstände erfassen und halten kann. Dies ist nun in einfacher Weise zu erreichen durch Umschlagen der Finger auf den Handrücken, wobei die Phalangen die Metakarpalknochen ersetzen und reichliche Haut zur Bedeckung der Wunde gewonnen wird. Das Verfahren ist aus der Skizze leicht ersichtlich. Die Fingernägel müssen natürlich entfernt werden. Eine Zerstörung der Interphalangealgelenke ist unnötig.



In zwei Fällen — Dreschmaschinenverletzungen bei jungen Männern — gelang es auf diese Weise, ein festes Mittelhandgerüst zu bilden. Die Funktion des Daumens war in beiden Fällen eine unvollkommene wegen zu starker Zerstörung der Muskulatur desselben. In einem dieser Fälle wurde der Zeigefinger erhalten und der Versuch gemacht, das verlorengegangene Stück seiner Strecksehne durch eine Beugesehne des umgeschlagenen Mittelfingers zu ersetzen. Eine Beweglichkeit des Zeigefingers wurde nicht erreicht, ließe sich unter günstigeren Umständen vielleicht doch erzielen. Wird der Zeigefinger ebenfalls umgeschlagen, so würde ich in Zukunft den untersten Teil der Grundphalange desselben, wenn er nicht schon durch das Trauma zerstört ist, resezieren, um die Umschlagsstelle mehr distalwärts zu verlegen.

In der mir zugänglichen Literatur fand ich keinen Hinweis auf dieses Verfahren.

---

1) V. B. Hübbenet. Im belagerten Port Arthur. Schilderung des Kriegssanitätswesens und Notizen zur Kriegschirurgie. 406 S. St. Petersburg 1910. (Russisch).

H. — der leitende Chirurg von Port Arthur — gibt in oben genanntem Buch eine spannend geschriebene Schilderung der medizinischen Verhältnisse und der Arbeit der Ärzte während der 240 Tage dauernden, an erbitterten Kämpfen und schrecklichen Entbehrungen reichen Belagerung dieser Festung. Von 41 600 Soldaten sind 12 657 getötet oder gestorben. Viele wurden mehrere Male verwundet, so daß der Gesamtverlust (Tote und Verwundete) 116% der Offiziere und 140% der Gemeinen betrug. In den letzten Monaten der Belagerung entwickelte sich eine schwere Skorbutepidemie; auch gab es viel Dysenterie und Typhuskranke. In den Hospitälern wurden 11 300 Mann wegen verschiedener Krankheiten aufgenommen; davon starben 26,7%; die Zahl der Verwundeten betrug fast 20 700 mit 12% Mortalität. Unter 8445 Wunden trafen den Schädel 9,8% (davon starben

22%), Rücken- und Wirbelsäule 3,9% († 30,4%), Gesicht 9,8 († 2,6%), Hals 2,2% († 9,6%), Brust 9,0% († 20,5%; davon penetrierende 375 mit 124 Todesfällen), Bauch 4% († 43,4%; penetrierende 196, † 146), Becken 2,8% († 19,4%), obere Extremität 27,8% († 2,3%), untere Extremität 21,7% († 5,9%), andere Verletzungen — Vergiftungen, Verbrennungen, Kontusionen, Verrenkungen und Knochenbrüche — 9% († 16,8%). Gesamtmortalität 949 auf 8445 = 11,3%.

Nach einem geschichtlichen Überblick der Kriegsereignisse schildert H. die Organisation der Sanitätsverwaltung, der Verbandspunkte, des Krankentransports, der Hospitäler, der ersten Hilfe; dann werden beschrieben: der Wundverlauf, der sanitäre Zustand der Garnison, deren Morbidität und Verpflegung (Nahrung). Speziell den Chirurgen interessieren die Kapitel XI—XVIII: Wirkung der modernen Schußwaffen, Wunden der Gefäße, des Schädels, des Gesichts, des Halses, der Brust, des Bauches und der Extremitäten. Kapitel XIX gibt statistische Daten. —

Aus dem reichen Inhalt sei hier nur einiges erwähnt. Oft wurde von den Japanern die Auflesung der Verwundeten nicht erlaubt, was die Mortalität erhöhte; ferner beschossen sie systematisch die russischen Hospitäler. Die Zahl der Ärzte betrug 124. Für den Krankentransport wurden u. a. Rikschen und Velocipede (je zwei miteinander verbunden) benutzt. Die Überfüllung der Hospitäler war gegen Ende der Belagerung kolossal — bis 7000 Kranke und Verwundete pro Tag. Die Zahl der Verwundeten nach den Schlachten betrug an einigen Tagen über 1300. Das Verbandmaterial war lange vor Beendigung der Belagerung ausgegangen; es wurde durch gezupftes Schiffseil, durch getrocknetes Seegras, sowie durch verschiedene in den Buden gefundene Zeugarten ersetzt. — Die frischen Schußwunden heilten meist reaktionslos. Der von jedem Soldaten mitgeführte erste Notverband (Sublimatgaze) bewährte sich gut. Wichtig ist die Immobilisation des Gliedes beim ersten Verband. H. gibt auf dem Schlachtfelde dem antiseptischen Verband den Vorzug vor dem aseptischen. — Der Wundverlauf war während der ersten Hälfte der Belagerung meist günstig, während der zweiten infolge Skorbut bei den schlecht genährten Soldaten oft sehr schwer. Tetanus wurde etwa 60mal gesehen, führte fast immer zum Tode (Antitoxin war nicht vorhanden). Der Skorbut gab bis 41,7% Mortalität. Die Gesamtmorbidität der Garnison stieg von 5,4% im Mai bis 21,7% im November; im Dezember konnten nur 8—10% der Soldaten für gesund angesehen werden. Bei vielen traten zuletzt Halluzinationen auf.

Die japanische Infanterie führte das Gewehr System Arisaka, Kaliber 6,5 mm, sowie das Gewehr von Murata, Kaliber 8 mm. Viele Eigentümlichkeiten der Wunden hingen von dem gebirgigen Kriegsschauplatz ab: die Geschosse verwundeten oft nicht direkt, sondern nach Abprall von den Felsen; solche Wunden waren schwerer als die direkten. Luftkontusion wurde nicht beobachtet. Die Gewehrgeschosse erzeugten in den Epiphysen Lochschüsse, in den Diaphysen Splitterbrüche; bei jugendlichen kräftigen Soldaten waren die Splitter groß, bei kränklichen klein, die Knochenspalten länger, oft bis zur Epiphyse reichend. — Ähnliche Wunden gaben die Mitrailleusen-, viel schwerere die Schrapnellgeschosse (System Arisaka). Die schwersten Verwundungen wurden durch Granaten und 28 cm-Geschosse, sowie durch die Handbomben verursacht. Endlich wurden nicht wenig Soldaten beim In-die-Luftsprengen der Forts verletzt. — Bei Gefäßwunden schützt die sofortige Operation vor Nachblutungen und Aneurysmenbildung. Vor der Aneurysmaoperation ist es vorteilhaft, das Gefäß durch mehrere Tage zu komprimieren. Die beste Operation der Aneurysmen

ist die Exzision und die von Antyllus; für frische kleine Aneurysmen genügt die Axel-Hunter'sche Methode. Besonders ausführlich werden die Wunden des Schädels besprochen; die Mortalität betrug für dessen Splitterbrüche 57,3%. Am häufigsten kommen Tangentialwunden in Behandlung. Sehr gute Resultate wurden durch primäres Débridement erzielt, das für alle Fälle mit steigendem Hirndruck, für Tangentialwunden mit Splitterung des Schädeldaches oder der Vitrea allein, besonders für Schrapnell- und Shimosesplitterwunden angezeigt ist. Vorzuziehen ist dabei die Luer'sche Zange. Die volle Heilung nach schweren Schädelwunden gehört zu den Ausnahmen. — Gesichtswunden wurden streng konservativ behandelt; eiternde Halswunden erfordern radikale Operationen. Verwundung der Halsgefäße kam selten vor, wie auch Senn beobachtete. Bei Wunden des Kehlkopfs und seiner Umgebung ist die prophylaktische Tracheotomie angezeigt. Pneumothorax kam nur bei einigen Shrapnellwunden der Brust vor. Der Hämothorax vereiterte oft, ebenso die hämorrhagischen Pleuraexsudate bei Skorbutkranken mit Lungenwunden selbst ohne Verletzung größerer Gefäße; auch im Lungenparenchym bildeten sich oft in der Umgebung des Wundkanals atelektatische Infiltrate (Hämorrhagien?) mit blutig-eitrigem Sputum. In anderen Fällen bildeten sich kleine Abszesse in der Lunge am Wundkanal. Bei Brustwunden ist konservative Behandlung die Regel. — Bei Bauchwunden wurden nur sehr wenige durch die Laparotomie gerettet; von 49 Laparotomierten starben 35. Leber- und Milzwunden führten durch schwere Blutung meist zum Tode. Nierenwunden waren selten, meist mit Verletzung anderer Organe verbunden. Blasenwunden bildeten sehr schwere Verletzungen; die Hälfte ging an Harninfiltration und Peritonitis zugrunde; hier ist die Sectio alta angezeigt. — Bei Brüchen der langen Extremitätenknochen wurde konservativ behandelt, doch mußten je weiter, immer mehr Amputationen — infolge schlechten Verlaufs bei Skorbut — ausgeführt werden. Die Schußwunden der Gelenke, selbst mit Sprüngen in den Epiphysen, verliefen bei Immobilisation und konservativer Therapie verhältnismäßig günstig.

Im Schlußkapitel gibt H. eine — zwar nicht vollständige — Tabelle der Operationen, 1622 mit 198 †. Darunter 193 Amputationen (36 †), 24 Exartikulationen (13 †), 65 Gelenkresektionen (10%), 84 Débridements des Schädels (22 †), 24 Unterbindungen großer Gefäße (9 †), 14 Tracheotomien (5 †). 19 Thorakotomien mit Rippenresektion (8 †).

Zahlreiche kurze Krankengeschichten sind überall eingeflochten.

E. Gückel (Kirssanow).

---

2) **Daal. Einige Schießversuche mit automatischer Pistole.** (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1910. Hft. 19.)

Die Schießversuche auf Leichenteile wurden aus einer Pistole mit 9 mm und 11,4 mm Projektilen aus Entfernungen von 10 und 5 m ausgeführt. Im ganzen boten sie ähnliche Bilder, wie sie aus den Versuchen von Schüssen mit Gewehrgeschossen bekannt sind: kleiner Einschuß mit runden Rändern, größerer Ausschuß mit zerrissenen Rändern, Fissuren um die Schußöffnungen der Knochen. Die Einschüsse zeigten auf beide Entfernungen geringe Pulverschwärzungen der Ränder. D. zieht aus diesen zehn Versuchen den Schluß, daß die Wirkung auf den menschlichen Körper beim 9 mm-Geschoß schwächer als beim 11 mm-Geschoß ist.

Herhold (Brandenburg).

3) J. L. Reverdin. Leçons de chirurgie de guerre. Des blessures faites par les balles des fusils. XII u. 224 S.; 7 Bildtafeln. Genf u. Basel, Georg & Cie., 1910.

Bei der Belagerung von Paris, 1870, ferner als Leiter kriegschirurgischer Kurse für Schweizer Militärärzte während fast 30 Jahren, endlich in zahlreichen eigenen und immer wiederholten Schießversuchen hat R. reiche Erfahrung auf dem Gebiete der Schußverletzungen gewonnen. Sie ist in dem vorliegenden, sehr anregend geschriebenen gründlichen Werke niedergelegt, unter ausgiebiger Verwertung der Ergebnisse der letzten Kriege und der Schießversuche neuerer, insbesondere auch deutscher Forscher.

Die verschiedenen Geschosse sind abgebildet, nach ihren physikalischen und dynamischen Eigenschaften genau beschrieben und in Zahlenübersichten verglichen. Hauptteile behandeln die Weichteil- und Knochenverletzungen, sowie die Mechanik der Geschoßwirkungen im Körper und werden durch mehrere mit Erklärungen versehene Tafeln erläutert, deren Bilder zum großen Teile den eigenen Beobachtungen und Versuchen entstammen. Wundinfektion, Krankheitsverlauf, Erkennung der Art der Verletzung, auch mit Hilfe von Röntgenstrahlen, Vorhersage des Ausganges, erste Hilfeleistung, Aufgaben der Feldsanitätsformationen sind erörtert.

Im Felde kommt es auf schnelles Anlegen eines trockenen, durchlässigen, antiseptischen Schutzverbandes an. Die Frage der Art des keimwidrigen Mittels ist noch nicht entschieden, Waschungen usw. der Wundumgebung sind nicht angebracht. — Der Befestigung des Verbandes mit Binden wird die mit Klebstoffen vorgezogen. — Vielleicht ist Jodanstrich mit aseptischem Verbande das Richtige.

Das Werk ist von Nimier mit anerkennenden Geleitworten versehen, dem Andenken des Schweizer Armeechefarztes Ziegler geweiht und dem Schweizer Armeechefarzt Murset gewidmet.

Bei einer Neuauflage würde statt Tscherning und von Brun's zu setzen sein: Schjerning und von Bruns. Georg Schmidt (Berlin).

---

4) Alexander Bryce. Remarks on mechano-therapy in disease: with special reference to osteopathy. (Brit. med. journ. 1910. September 3.)

Da auch bei uns in Deutschland sich Anzeichen bemerkbar machen von wachsendem Interesse an der in Amerika so weit verbreitete Osteopathie, so sei es gestattet, hier etwas näher einzugehen auf die Arbeit eines englischen Arztes, der an Ort und Stelle sich ausgiebig mit dem neuen »medizinischen System« bekannt gemacht hat. Es gibt drüben bereits über 5000 Praktiker und ungefähr ein Dutzend medizinische Schulen zur Erlernung der »neuen Methode«. Die kürzeste Begriffsbestimmung der Osteopathie lautet: Wiederherstellung anatomischer Abweichungen, die Krankheitserscheinungen machen, vorwiegend durch bestimmte Handgriffe. Die Diagnose hat irgendeine »Verletzung« im feineren Sinne, die zu einer Änderung von Gewebsfunktionen führt, festzustellen, und zwar im wesentlichen an Knochen, Bändern und Muskeln. Dahin gehören der Hauptsache nach sogenannte »Subluxationen« der Knochen, »Verdickungen« der Bänder, »Kontrakturen« der Muskeln. Im Mittelpunkt des ganzen »Systems« stehen die kleinen Abweichungen der Wirbel in ihrer Stellung zueinander. Diese »Subluxationen«, die primär oder durch Muskeltätigkeit sekundär entstehen

können, führen zur Reizung der nahen Rückenmarksnerven und ihrer Ganglien und erzeugen durch deren Vermittlung Störungen in der Tätigkeit der Organe und Blutgefäße, die als Krankheitszeichen auftreten. Die Aufgabe des Osteopathen ist also, solche anatomische Abweichungen zu entdecken — und das gelingt ihm wohl ausnahmslos! — und zu beseitigen. Findet er sie nicht, so findet er zum mindesten die »Muskelkontraktur«. Die Behandlung besteht im Grunde genommen trotz Widerspruchs der Osteopathen in nichts anderem als einer Vereinigung von Massage und schwedischer Gymnastik, wobei die gewaltsamen Dehnungen der Muskeln eine große Rolle spielen. Die große Mehrzahl aller osteopathisch behandelten Pat. heilt auch unter anderen bisher üblich gewesenen Mitteln, aber ein guter Teil akuter Erkrankungen — denn auch diese beansprucht der Osteopath für sich — verschlimmert sich in gefährlichster Weise, wie die Berichte der Fachpresse und der Gerichtsverhandlungen in Amerika beweisen. Trotzdem ist eine Verurteilung nur schwer zu erlangen wegen der großen Gefolgschaft bei den Laien und der Schwierigkeit, den genügenden Nachweis zu bringen, daß der Fall durch die Behandlung so sehr verschlimmert worden sei. Endlich gibt es eine kleinere Anzahl von Fällen, die, lange erfolglos ärztlich behandelt, beim Osteopathen endlich Heilung finden, und diese sind es, die für Ausbreitung seines Ruhmes sorgen. Verf. zählt einige solcher Fälle von leichten Knochenverschiebungen mit den Symptomen langdauernder Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen und dergleichen auf, die, mechanisch behandelt, geheilt wurden. Er meint, daß die Möglichkeit solcher »Subluxationen« nicht durchaus geleugnet werden dürfe, wie es zumeist geschieht, weil man diese Kranken sonst geradezu dem Osteopathen in die Arme triebe. Er empfiehlt den Ärzten das Körnchen Wahrheit, das in der Osteopathie steckt, sich zu eigen zu machen. Die Erfolge bezieht Verf. auf Suggestion, Ausgleichung geringer anatomischer Abweichungen, Anregung des Kreislaufs und vor allem der Rückenmarksnerven und des Sympathicus.

Um sie bekämpfen zu können, muß man die Lehre, die uns feindlich gesinnt ist, kennen. Darum erschien eine ausführlichere Besprechung angezeigt.

Weber (Dresden).

---

5) **Cramer. Zwei Fälle von Mikromelie.** (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

Nach einer längeren Auseinandersetzung der Definition und des Wesens des Begriffes Zwerg, bei dem der echte, der hypoplastische, der rachitische, der kretinische und der mikromele Zwerg zu unterscheiden sind, geht Verf. zu dem mikromelen Zwergwuchs über, der an der Hand von Röntgenbildern nur sehr selten studiert ist. Diese Zwerge verdanken die Extremitätenkürze Vegetationsstörungen, die schon im fötalen Leben vorhanden sind. Man teilt diese Form wieder ein in die Chondrodystrophia foetalis und die Osteogenesis imperfecta, was früher alles unter dem Sammelnamen fötale Rachitis beschrieben worden ist.

Während bei der Chondrodystrophie die langen Röhren viel stärker verkürzt sind als das Rumpfskelett, die Intelligenz ungestört, das Temperament lebhaft ist, die Geschlechtsreife zur normalen Zeit eintritt, die Röhrenknochen plump, gerade oder verkrümmt, meist dicht, fest, oft sogar hart wie Elfenbein, die Diaphysen verkürzt, die Epiphysen mächtig entwickelt sind, ist bei der zweiten Form die Krankheit im engeren Sinne häufig erblich und kann eine Generation überschlagen und bei mehreren Geschwistern vorkommen. Ihre Hauptmerkmale

sind häufige Knochenbrüche, die schon intra-uterin oder bei der Geburt vorkommen, ebenfalls bei großer Intelligenz, lebhaften Charaktereigentümlichkeiten, gutem Allgemeinbefinden und normalen inneren Organen.

Obwohl Verf. für diese beiden Krankheitsformen je eine Krankengeschichte aus der eigenen Praxis anführt, gibt er zu, daß mannigfache Übergänge bestehen und die Akten über die einzelnen Formen noch nicht abgeschlossen sind.

Hartmann (Kassel).

---

6) **Alfred Gehring.** Die Cysten der langen Röhrenknochen.
Inaug.-Diss., Jena, 1910.

Verf. berichtet über drei Fälle aus der chirurgischen Klinik in Jena. Zweimal handelt es sich um eine Cyste des Oberarmes, die zu Fraktur des Knochens führte; einmal um eine Cyste des Schlüsselbeins. In zwei Fällen wurde die Cyste konservativ durch Eröffnung und Auskratzung behandelt, die eine Oberarmcyste heilte spontan nach Fraktur des Knochens im Bereiche der Cyste. Die Ursache der Cystenbildung erblickte G. in einer Ostitis fibrosa localisata. Eine andere Möglichkeit schien nach dem klinischen Verlauf und nach dem Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung nicht zu bestehen. In beiden operierten Fällen wurde versucht, etwaige Infektionserreger zu züchten. Nur in einem Falle wuchsen spärliche Staphylokokkenkolonien. Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

7) **W. Kausch.** Über Knochenersatz. Beiträge zur Transplantation toten Knochens. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 3.)

Verf. berichtet ausführlich über einen genau untersuchten Fall, wo bei einem 19jährigen Mädchen wegen eines myelogenen Sarkoms des Tibiakopfes die totale Resektion desselben einschließlich des Periosts und die Einpflanzung eines frischen (1 Tag zuvor von einem anderen Pat. gewonnenen) ausgekochten Knochens vorgenommen worden war. Es erfolgte Einheilung und Konsolidation. Die wegen Rezidivs nach $^3/_4$ Jahr ausgeführte Amputation verschaffte das interessante Knochenpräparat. Diesem Erfolg stehen Mißerfolge der Knochentransplantation in sechs weiteren Fällen gegenüber; in diesen waren Knochen verschiedener Herkunft und Behandlung zur Verwendung gelangt. — Sechs Tafeln mit zahlreichen Röntgenbildern sowie makro- und mikroskopischen Abbildungen der Knochenpräparate veranschaulichen die Beschreibung.

Verf. faßt die Ergebnisse seiner Arbeit in folgende Sätze zusammen:

1) Sein Fall 1 stellt den größten in ein periostfreies Lager eingepflanzten und dauernd eingeheilten toten Knochen dar.

2) Der implantierte Knochen ist konsolidiert, an beiden Enden fest mit dem anstehenden verbunden.

3) Das Knochenpräparat ist das einzige derartige, welches zur histologischen Untersuchung gekommen ist. Diese hat ergeben:

Über dem ganzen zirkulären Periostdefekt, auf eine Strecke von 8 cm hin, ist neues Periost gebildet; offenbar ist das anstehende Periost hinübergewachsen. — Der implantierte Knochen ist in Resorption begriffen; ihr parallel gehend ist überall im toten Knochen neuer gebildet worden. — Diese Knochenneubildung geht aus von dem neugebildeten Periost sowohl wie von dem analogen Gewebe, welches in sämtliche sich bietende Zwischenräume hineingewuchert ist (Endost). —

Das mit implantierte Elfenbein wird nur resorbiert, eine es ersetzende Knochenneubildung hat nicht statt.

4) Hieraus ergibt sich, daß frisch gewonnener menschlicher toter Knochen — im Gegensatz zu den heute herrschenden Anschauungen — ein recht brauchbares Material für den Knochenersatz ist, auch im periostfreien Lager. In letzterem Falle muß der implantierte Knochen aber mit dem anstehenden Knochen sowohl wie Periost in Kontakt stehen.

5) Leichenknochen sind zur Implantation in periostfreiem Lager nicht geeignet, noch weniger Fremdkörper. H. Kolaczek (Tübingen).

---

8) R. Meisenbach. Chemical and mechanical stimulation of bone. (Amer. journ. of orthopedie surgery Vol. VIII. Nr. 1. 1910.)

Verf. kommt auf Grund von Versuchen an 42 Kaninchen mit Injektion verschiedener Mittel, um das Knochenwachstum zu beeinflussen, zu folgenden Schlüssen:

Man kann das normal langsam erfolgende Verknöchern der Knochen durch mechanische, chemische oder biochemische Reize beschleunigen. Während mechanische Reize langsam wirken und hauptsächlich perichondrale Knochenbildung erzeugen, wirken chemische Reize schneller und beeinflussen direkt die Epiphysenlinie. Die Kombination chemischer und mechanischer Reizung vermehren perichondrale und enchondrale Ossifikation. Formalin wirkt dabei am intensivsten. Durch seine unlösliche Verbindung mit dem Protoplasma wirkt es mechanisch und chemisch zugleich auf die Epiphysenlinie. Es verursacht die Bildung von osteogenetischem Gewebe, indem es die Zone der vorläufigen Verkalkung und der verkalkten Grundsubstanz beeinflußt, sowie durch Vermehrung der vom Perichondrium abstammenden Osteoblasten. Benutzt wurde reines und 2%iges Formalin.

Daneben wurden geprüft: 1) steriles Wasser, 2) Graphitaufschwemmungen, 3) Staphylokokken(aureus)vaccine (400 000 000 auf 1 ccm), 4) 2 und 3 kombiniert, 5) Jodtinktur, 6) Karbolsäure, 7) 95%iger Alkohol.

Die makroskopischen, röntgenologischen und mikroskopischen Resultate werden ausführlich mitgeteilt. Verf. hofft, daß seine Untersuchungen einen Beitrag liefern für eine neue Methode der Behandlung bisher hoffnungsloser Knochenerkrankungen (kongenitale Wachstumsverhinderung der Glieder, Unterbrechung des Knochenwachstums bei kindlichen Lähmungen, verzögerte Callusbildung bei Knochenbrüchen usw.). D. Kulenkampff (Zwickau).

---

9) J. Lucas-Championnière. Précis du traitement des fractures par le massage et la mobilisation. 267 S. Paris, G. Steinheil, 1910.

Verf., der seit 1880 in zahlreichen Publikationen, darunter einem zweibändigen umfassenden Werke, für die von ihm eingeführte und systematisch immer weiter ausgearbeitete Methode der Behandlung der Knochenbrüche mit frühzeitiger Bewegung und Massage energisch eingetreten ist, gibt in dem vorliegenden Werke nochmals in gedrängterer Form eine genaue Darstellung seines Verfahrens, um dem Praktiker einen Leitfaden an die Hand zu geben.

Die einleitenden Kapitel setzen das Prinzip seiner Therapie der Frakturen und deren Vorteile gegenüber den immobilisierenden Behandlungsarten in anschaulicher Weise auseinander und geben allgemeine Anweisungen für die Vornahme der Bewegungen und die Technik der Massage.

Das Hauptgewicht ist aber auf den speziellen Teil gelegt, in dem L.-C. exakte Vorschriften für die Behandlung derjenigen Frakturen gibt, die sich für die Anwendung seines Verfahrens eignen. Naturgemäß sind diejenigen, bei denen dies in besonderem Maße der Fall ist, wie die Frakturen am oberen Humerusende, am Ellbogen, am Radius, am Schlüsselbein, an den Knöcheln, auch besonders ausführlich abgehandelt. Auch für die Fractura olecrani empfiehlt L.-C. speziell seine Methode, da er damit selbst bei hochgradiger Diastase der Bruchstücke ohne Naht beste Resultate erzielt hat.

Der kurzgefaßte Abriß bietet jedenfalls eine sehr gute Anleitung zur Frakturbehandlung nach den Prinzipien von L.-C. Aber auch für denjenigen Praktiker, der dem Verf. nicht so weit im Verzicht auf immobilisierende Verbände folgen will und kann, bringt er noch viel des Interessanten und Beachtenswerten.

Wemmers (Dresden).

---

10) Willems. Traitement des fractures par la réduction sanglante sans fixation. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXV. p. 47.)

So ausgezeichnete Resultate die nicht blutige Behandlung der Frakturen insbesondere nach der Methode von Bardenheuer gibt, muß man doch in einigen Fällen, wo eine mathematisch genaue Reposition zur Erhaltung der Funktion erforderlich ist (Gelenkbrüche), oder bei Interposition oder bei schlecht geheilter Fraktur zur blutigen Methode schreiten. W. wendet sich dagegen, daß man immer operative Behandlung und Naht der Bruchstücke als untrennbar ansieht. Er legt die Frakturen frei, macht exakte Reposition ohne Naht und legt dann einen nur leicht oder gar nicht gepolsterten Gipsverband an: erstens verleitet das falsche Gefühl der Sicherheit nach angelegter Knochennaht zu ungenauer Fixierung durch den Verband, zweitens wird so der Fremdkörper im Knochen vermieden, der oft verlangsamte Konsolidation bedingt und sich nachträglich abstößt.

Letzteres bestätigt besonders Lucas-Championnière (p. 51), und Walter benutzt deshalb, um dauernde Fremdkörper in der Wunde zu vermeiden, starkes Catgut, das die Bruchenden bis zur Fixation durch den Verband gut beisammen hält. Mehrere Redner sahen die Zahl der notwendig werdenden blutigen Eingriffe wesentlich geringer werden, seitdem sie exakt nach den Methoden und mit Hilfe von Hennequin arbeiten. Es wird betont, daß Funktion und ideale Reposition nicht immer im gleichen Verhältnis stehen. Kaehler (Duisburg-M.).

---

11) M. Matsuoka. Über Gelenkerkrankung bei Tabes dorsalis. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 292.)

M. beschreibt des näheren drei von ihm in der ihm unterstehenden Universitätsklinik zu Kioto beobachtete einschlägige Fälle, in denen besonders das Knie betroffen war. Photo- und Röntgenogramme sind beigegeben. In zwei Fällen war weder Analgesie noch Ataxie vorhanden. M. hält für wahrscheinlich, daß das Leiden durch die Erkrankung des Nervensystems hervorgerufen wird. Neues zur Sache wird nicht beigebracht.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

12) Wick (Wien). Ein Fall von primärem chronischen Gelenkrheumatismus mit subkutanen Knoten. (Wiener med. Wochenschrift 1910. Nr. 31.)

Der von W. beigebrachte Fall ist differentialdiagnostisch wichtig genug, um kurz referiert zu werden. Bei einem an chronischem Gelenkrheumatismus kranken 66jährigen Manne hatte sich im Laufe der letzten 10 Jahre an beiden Händen und Unterarmen bohnen- bis nußgroße derbe, verschiebliche, nicht druckempfindliche Knoten entwickelt, die ursprünglich für Gichttophi angesehen wurden, obgleich die Krankheitsgeschichte dagegen sprach. Es gelang W., einige dieser Knoten exstirpieren und histologisch untersuchen zu lassen. Sie bestanden aus einem mehr oder weniger zellreichen und vaskularisierten Bindegewebe, das mehrere nekrotische Herde einschloß. In diesem fanden sich zerfallende polynukleäre Rundzellen, Kerntrümmer und kleine Zerfallshöhlen. Das umgebende Gewebe war zellreich, zeigte vereinzelte ein- und mehrkernige Rundzellen, spindelige und epitheloide Zellen. Die bakteriologische, sowie die chemische Untersuchung auf Harnsäure blieben negativ. Gegen die Annahme, daß diese Knoten durch Reiz von Uratablagerungen entstanden seien, die allmählich durch den Säftestrom aufgelöst und weggeschwemmt worden sind, spricht der Krankheitsverlauf, sowie der Umstand, daß Fremdkörperriesenzellen fehlten. W. neigt mehr zur Annahme einer bakteriellen oder toxischen Ätiologie.

Erhard Schmidt (Dresden).

---

13) Payr (Greifswald). Über die operative Mobilisierung ankylosierter Gelenke. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 37.)

P. bespricht zunächst kurz die Entstehungsgeschichten und Natur der zur Gelenkversteifung führenden Prozesse, sowie ihre Diagnose und die mit ihr zusammenhängende Indikationsstellung für operative Eingriffe, deren Erfolg von der genauen Kenntnis jener Verhältnisse des Zustandes des aktiven Bewegungsapparates abhängig ist. Als völlige Gegenanzeige sieht er primär chronisch einsetzende, progressive, zur Versteifung führende polyartikuläre Gelenkleiden an. Für die Prognose sämtlicher operativer Maßnahmen ist außerdem die Technik der Gelenkmobilisierung von großer Wichtigkeit. Das Operationsgebiet muß möglichst übersichtlich zugänglich gemacht, der Bewegungsapparat tunlichst geschont werden, wozu am besten Längsschnitte sich eignen; die Gelenkenden sollen nach ihrer Trennung voneinander mittels Messer oder Meißel möglichst einfache Formen erhalten, ihre Berührungsflächen verkleinert, die zur Wiederkehr der Verwachsung erforderlichen Maßnahmen (Ausschneidung der Gelenkkapsel und Narbenmassen, Bänder, Herstellung eines breiten Spaltraums, Interposition lebender Gewebe, sorgfältige Blutstillung, Extensionsnachbehandlung event. mittels Steinmann'schem Nagel, mit vorsichtigen passiven und aktiven Bewegungsübungen, Massage, Fibrolysininjektionen usw.) angewandt werden. Wie P.'s Tierversuche ergaben, regeneriert sich die ausgeschnittene Kapsel, zum Teil auch der Bandapparat wieder, so daß Bedenken gegen ihre Exstirpation nicht begründet erscheinen. — Unangenehme Komplikationen während des Eingriffes und im Verlaufe sind primäre (bei Eröffnung eines latenten Krankheitsherdes im Knochen oder in den Weichteilen) und sekundäre Wundinfektionen, Abriß von Sehnen und Bändern, Frakturen, Gefäß- und Nervenverletzungen. — Da die Kenntnis aller Fehlerquellen in der Technik der Operation und Nachbehandlung, in der Diagnose und Indikationsstellung von größter Wichtigkeit ist, um

sie später vermeiden zu können, ist die Mitteilung aller operierten Fälle, auch der ungünstig verlaufenen, notwendig, weshalb P. auch nicht unterläßt, anzugeben, daß er bisher nur in $^1/_3$ der Fälle von operativer Gelenkmobilisierung (in 9 von 30) befriedigende und dauernde Erfolge erzielt hat; darunter waren aber zwei sehr schwere Fälle von Ankylose nach gonorrhoischer und eitriger Kniegelenksentzündung, in denen ein gut bewegliches Gelenk wieder hergestellt wurde. — Die für die einzelnen großen Gelenke empfehlenswerten Verfahren werden kurz geschildert; zur Interposition wurden Muskel-, Fascien-, Fettlappen, Sehnenscheiden benutzt.

Kramer (Glogau).

---

14) F. Ghilarducci (Roma). Azione dei raggi X sulle artrite ed adenite tubercolari. (Policlinico, sez. med. XVII. 10.)

An künstlich infizierten Meerschweinchen wurde experimentell die Wirkung der Röntgenstrahlen auf tuberkulöse Lymphdrüsen und Gelenke geprüft. Es zeigt sich dabei auch im Tierexperiment die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf die tuberkulösen Entzündungen, indem wiederholte Bestrahlungen mit 20 Einheiten (H.) eine Beschränkung der tuberkulösen Entzündung auf das infizierte Gelenk und die lokalen Drüsen erzielten. Das tuberkulöse Virus wurde jedoch nicht vollkommen zerstört, da die Injektion bestrahlter Gewebsmassen bei gesunden Tieren abermals Tuberkulose hervorrief. Diese Tuberkulose verlief um so schwerer, je weniger Bestrahlungen auf das injizierte Gewebe gewirkt hatten. Die Bestrahlungen wirken einerseits direkt auf die Bakterien, andererseits verschlechtern sie die Lebensbedingungen der Bakterien, indem durch die Bestrahlung sklerosierende Prozesse hervorgerufen werden, die vom Stroma der gesunden Drüsen und Gewebe ausgehen und das tuberkulöse Gewebe abkapseln.

M. Strauss (Nürnberg).

---

15) Eduard Rehn. Die homoplastische Sehnentransplantation im Tierexperiment. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 2. 1910.)

In seiner Arbeit aus der Lexer'schen Klinik in Königsberg berichtet Verf. über seine Versuche, Sehnen von einem Tier auf ein anderes derselben Art zu verpflanzen; die Arbeit bringt ausführlich, was der Vortrag desselben Autors auf dem 38. Chirurgenkongreß in knapper Form mitgeteilt hatte. Aus mehreren Vorversuchen, die nachher histologisch kontrolliert wurden, zog Verf. die Lehre, daß »gute Spannungsverhältnisse und eine möglichst frühzeitige funktionelle Inanspruchnahme eine ausschlaggebende Bedeutung für die lebensfähige Erhaltung der transplantierten Sehne haben«. — Verf. teilt dann ausführlich Versuche mit, die er an Kaninchen vornahm. Diesen wurde aus der Achillessehne ein zu den Gastrocnemii gehöriges Sehnenstück reseziert, während die ganz zurückgelassene Soleussehne die Kontinuität und Funktion wahrte. Dieses so resezierte Sehnenstück eines Kaninchens wurde an die entsprechende Stelle eines anderen Kaninchens überpflanzt und durch Knopfnähte befestigt. Wichtig ist, daß das Peritenonium externum mit überpflanzt wird. Die Tiere wurden dann nach verschieden langen Zeiträumen getötet und die Sehnen histologisch genau untersucht. Eine farbige Tafel erläutert die Beschreibung der histologischen Bilder: Innerhalb der ersten 3 Wochen stehen die Wucherungen am Peritenonium externum vollkommen im Vordergrund. Dieses bildet einen dicken Mantel neugebildeten Sehnengewebes, welches die transplantierte Sehne durch zahlreiche gesproßte Kapillaren ernährt. Peritenonium der alten und neuen Sehne sind an den beiden Vereinigungsstellen

durch einen mächtigen Sehnenkallus in Verbindung getreten. Ferner wird von dem Peritenonium das erste bindende, verkittende Gewebsmaterial zwischen den Stümpfen geliefert. Dieser Prozeß macht in der Folgezeit weitere Fortschritte. An der transplantierten Sehne treten anfangs Degenerationserscheinungen auf, die aber schon nach 3—5 Wochen gegenüber lebhaften Regenerationsvorgängen in den Hintergrund treten; diese gehen vor allem von dem Peritenonium internum aus. Schon nach 2 Monaten ist das neugebildete Binde- in zellreiches Sehnengewebe umgewandelt. Nach Jahresfrist stellt altes und neues Sehnengewebe eine einzige einheitliche Sehne dar.

Die zweite Versuchsreihe an Hunden unterschied sich nur dadurch von den Kaninchenversuchen, daß jetzt ein Stück aus der ganzen Dicke der Achillessehne reseziert und durch ein entsprechendes Sehnenstück eines anderen Hundes ersetzt wurde. Auf die Mitnahme des Peritenonium externum wurde wieder sorgfältig geachtet. Auch diese Versuche hatten in den meisten Fällen vollen Erfolg. Die histologischen Vorgänge bei dieser totalen homoplastischen Sehnentransplantation entsprachen ganz denen bei der partiellen Überpflanzung. Das Resultat war schließlich eine lebensfähige, funktionstüchtige neue Sehne.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß seine günstigen experimentellen Erfolge zur praktischen Anwendung der homoplastischen Sehnentransplantation nicht nur berechtigen, sondern ermuntern, ja zur Methode zu machen.

Einen größeren Raum nimmt in dieser Arbeit eine Polemik mit Kirschner ein.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

16) N. Allison and Sidney J. Schwab. Muscle group isolation and nerve anastomisis in the treatment of the paralysis of the extremities. (Amer. journ. of orthopedie surgery Vol. VIII. Nr. 1. p. 95. 1910.)

Schon 1909 haben Verff. über ihre Methode in der amerikanischen neurologischen Gesellschaft berichtet. Unzufrieden mit der Nutt'schen Methode der Nervdurchschneidung mit sofortiger Nervennaht, über die Ref. kürzlich im Zentralblatt referierte, wie auch mit der Förster'schen Operation, die sie aus verschiedenen Gründen nicht billigen, haben Verff. ein Verfahren ausgearbeitet, das in der Leitungsunterbrechung einzelner Nervenstämme durch Alkoholinjektion (meist 80%) besteht. Je nach Ausbreitung des spastischen Prozesses injizieren sie nach Freilegung des betreffenden Nervenstammes in den in Frage kommenden und durch elektrische Reizung festgestellten Nervenast. So wird bei Adduktionskontraktur der Obturatorius freigelegt und injiziert, bei Beugekontraktur des Ischiadicus und nach sorgfältiger Feststellung seiner Nervenzweige zu den Beugemuskeln (Biceps, Semitendinosus und Semimembranosus) diese. Die dritte eventuell nötige Operation betrifft die Nervenzweige des Gastrocnemius und Soleus, die vierte endlich die vordere Unterschenkelmuskelgruppe. Stets werden, nach Freilegung der Nervenzweige, die die spastischen Muskeln versorgen, diese durch eine Alkoholinjektion »blockiert«. Ausführliche Mitteilung einer Anzahl von Krankengeschichten und der vorgenommenen Operationen. In den meisten Fällen waren naturgemäß mehrere Eingriffe nötig. Die Resultate waren auch nach längerer Zeit, soweit sich aus den Angaben ersehen läßt, gute. Über die Dauer der so erzeugten Lähmung der Nerven machen Verff. keine näheren Angaben. In gleicher Weise verfahren sie bei Nervenüberpflanzungen: Der Kraftspender wird peripher durch eine Alkoholinjektion blockiert, um den ganzen Innervationseffekt auf den

gelähmten Nerven zu übertragen. Verff. teilen 4 Fälle von so behandelter Nervenpfropfung mit (Radialis in den Medianus, Femoralis [Teil] in den Obturatorius und Tibialis anticus [zwei Fälle] auf den Musculo-cutaneus). Endlich berichten sie über einen Fall von Tic im linken Arm, den sie so zu heilen versuchten. Ein abschließendes Urteil über den Erfolg in diesem Falle ist bei der Kürze der Zeit noch nicht möglich. Die Details der Operationsmethoden müssen im Original eingesehen werden. D. Kulenkampff (Zwickau).

---

17) E. H. Bradford. The operative treatment of paralysis of the shoulder following anterior poliomyelitis. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VIII. Nr. 1. p. 21. 1910.)

Den wenigen bisher in der Literatur bekannt gewordenen Versuchen, die Schulterlähmung durch operative Überpflanzung von Muskeln zu behandeln, reiht Verf. sieben neue Fälle an, in denen er teils den Trapezius allein, teils Trapezius und Pectoralis minor auf den Oberarm überpflanzte. Zur Arthrodese, die Vulpius vorzieht, kann sich Verf. schwer entschließen. Die Nervenüberpflanzung gibt schlechte Resultate. B. versuchte daher durch periostale Annähung der mittleren Trapeziusportion durch Seidenfäden nach Lange die verlorene Deltoidesfunktion zu ersetzen mit teilweise gutem, teils mäßigem Erfolg. Der Biceps wurde durch den Pectoralis minor, der an seinem Brustansatz abgelöst wurde, ersetzt. Wichtig erscheint B., den proximalen, an seinem Schulterblattansatz sehnigen Anteil des Trapezius zu benutzen, um ein dauerndes Resultat zu bekommen. Kulenkampff (Zwickau).

---

18) Robert Kennedy. A case of secondary suture of the circumflex nerve. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Acht Monate nach dem Unfall — Stoß von hinten gegen die rechte Schulter — kam der 35jährige Arbeiter wegen Deltoideuslähmung zur Operation. K. fand den Nervus circumflexus dicht an seinem Austritt aus der Achselhöhle durchtrennt. Die beiden Enden waren kolbig geschwollen und miteinander durch ein dünnes Narbenband noch vereinigt. Nach einigen Monaten setzte die Besserung ein und führte im Laufe von 22 Monaten zur vollen Ausgleichung der motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen. Weber (Dresden).

---

19) Heinrich Els. Über Neurolyse bei den durch Humerusfrakturen bedingten Radialisparesen. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 2. 1910.)

Die Arbeit stammt aus dem St. Johannes-Hospital in Bonn (Garrè). Nach der bekannten v. Bruns'schen Statistik sind 8,4% aller Oberarmbrüche mit Verletzungen des N. radialis verbunden. Verf. unterscheidet außer der bekannten primären und sekundären Form der Radialislähmung — einem Vorgehen von Fessler folgend — noch eine dritte Form oder vielmehr eine Zwischenstufe, die allmählich durch eine Überdehnung des Nervenstranges über mehr oder minder verschobenen Knochenstücken zustandekommt. Verf. tritt für ein frühzeitiges operatives Vorgehen ein, für die Neurolyse, die je nach dem erhobenen anatomischen Befund mit einer anderen Operation verbunden wird. In den von ihm

mitgeteilten fünf Fällen von Neurolyse hatte die Operation stets einen guten Erfolg. H. Kolaczek (Tübingen).

20) S. Kofmann (Odessa). Die Kettenverbindung als Kugelgelenk. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

Bei einem Pat., dessen gebrochener Oberarm in Pseudarthrose verheilt war, war Verf. gezwungen, da jeder operative Eingriff abgelehnt wurde, zu einer Schiene seine Zuflucht zu nehmen, die freie Beweglichkeit im Schultergelenke gestattete. Es wurde zu diesem Zwecke an der Schulterkappe ein Drahthalbring angebracht, der mit einem anderen Drahthalbringe, an der Oberarmschiene befestigt, verkettet war.

Diese Konstruktion war völlig befriedigend, so daß Verf. sie häufiger in der nachoperativen Nachbehandlung bei Oberarmoperationen anwandte.

Hartmann (Kassel).

21) A. B. Zazkin. Zur Kasuistik der Oberarmfrakturen. (Wojenno-med. journ. 1910. November. [Russisch.])

45 Jahre alte Bäuerin. Vor 4 Jahren Fall auf die rechte Schulter, Behandlung durch eine Kurpfuscherin, seitdem Extremität zur Arbeit unbrauchbar. Seit 2 Monaten Schmerzen, seit 2 Wochen Anschwellung des Oberarms an der vorderen medialen Seite (Umfang unten 45 cm). Haut ödematös, etwas gerötet. Inzision — es werden 800,0 klare gelbe Flüssigkeit entleert; am Boden der Höhle Fibringerinnsel. Bei dem Verbandwechsel entleeren sich jedesmal 500,0 ebensolche Flüssigkeit. Erst die Röntgenuntersuchung klärte den Zustand auf: alte Fraktur des Collum anatomicum, Verlagerung des Humerus in die Achsel, zwei Knochensplitter oben, ein dritter hatte sich bis zur Mitte des Oberarms gesenkt. Zwei mit Synovia gefüllte Höhlen: eine oben am Gelenk, die andere — inzidierte — am Humerus, medial gelegen. Inzision der oberen Höhle (50,0 Flüssigkeit), Entfernung der Knochensplitter, Heilung. Gückel (Kirssanow).

22) Glaessner und Milavec. Über Epikondylusfrakturen des Humerus. Aus der chir. Univ.-Poliklinik der Kgl. Charité zu Berlin. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

In der oben genannten Poliklinik werden Brüche im Bereiche der Epikondylen des unteren Humerusendes mit Anlegung eines vom oberen Ende des Humerus bis zum Handgelenk reichenden zirkulären Gipsverbandes in Streckstellung des Armes unter sorgfältiger Vermeidung jeder seitlichen Abweichung der Armachse behandelt. Der Verband wird nach 8 Tagen in zwei Halbrinnen aufgeschnitten, der Arm herausgenommen, Pat. zu aktiven Bewegungsversuchen angehalten, jede passive Maßnahme und Massage aber streng vermieden; nach $^1/_2$ Stunde wird der Arm wieder in den Gipsschalen fixiert und all dies täglich wiederholt, bis nach weiteren 8 Tagen die Gipsschienen ganz weggelassen werden. Nach 2—3 Wochen ist der Bruch bei Kindern mit fast normaler Beweglichkeit geheilt. Eine Nachuntersuchung der erhaltenen Resultate hat ergeben, daß diese ausgezeichnet geblieben sind. Kramer (Glogau).

23) Hartmann (Kassel). Vollständige Luxation beider Vorderarmknochen nach außen. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. hat eine vollständige Verrenkung des Ellbogengelenkes beobachtet, die allerdings unter pathologischen Verhältnissen entstanden ist. Der Träger hatte sich 14 Jahre vor dem zweiten Falle einen Kompressionsbruch der unteren Humerusepiphyse zugezogen, der eine derartige Verunstaltung der Epiphyse zur Folge hatte, daß anstatt der dreiseitigen regelmäßigen Epiphyse ein unregelmäßiges Knochenende gefunden wurde, den eine kleine spitze Kappe aufsaß. Ein solch unnatürliches Gelenk mußte natürlich der normalen Festigkeit entbehren, so daß bei dem zweiten Sturze beide Vorderarmknochen leicht nach außen abweichen konnten. (Selbstbericht.)

---

24) Walter Krantz. Über die Behandlung des typischen Radiusbruches. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 270.)

Das Hauptinteresse der Arbeit dreht sich um die Resultate, welche in der Königsberger Klinik und Poliklinik bei Radiusbrüchen mit dem von Lexer angegebenen Flanellbindenverband erzielt sind. Lexer hat auf dem Chirurgenkongreß von 1906 die Art seiner Bindentourenanlegung, welche die Hand in Flexion und Ulnarflexion stellt, genau beschrieben (vgl. Kongreßverhandlungen 1906, p. 162, woselbst auch Abbildung) und seine zuerst in Berlin probierte Methode auch in Königsberg anwenden lassen. Es sind über 300 Pat. jeden Geschlechts, Alters und Standes damit behandelt. Bei einer von K. angestellten Nachforschung konnten 110 Pat. nachuntersucht werden, wobei konstatiert wurde: 13,6% radiale Verschiebung, 8,1% geringe Supinationsbeschränkung über 5°, Beugung und Überstreckung ohne wesentliche Störungen bei 78,7%, sonstige Bewegungen unbehindert in 92,7%; die Arbeitsfähigkeit war vollkommen bei 94,7%, beschränkt bei 2,7%, völlig behindert bei 1,8%. Die Methode hat sich also bestens bewährt.

Vor dem Berichte über die Resultate des Lexer'schen Verbandes gibt K. Notizen über anderweitige Behandlungsmethoden des Radiusbruches.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

25) Ch. Painter. Congenital pronation of the forearms. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VII. Nr. 4. p. 529. 1910.)

Verf. fügt den wenigen in der Literatur bekannten Fällen einen neuen zu. Die Störung fand sich in beiden Armen rechts stärker als links. Der rechte Vorderarm war ein wenig dünner und $1^1/_2$ cm kürzer als der linke und konnte bei normaler Beugefähigkeit nicht völlig gestreckt werden. Die Supination, die rechts ganz fehlte, war links um ca. 5° möglich. Die Bewegungen in allen übrigen Gelenken waren bei dem 11jährigen sonst völlig gesunden Kinde normal. Das Röntgenbild zeigte, daß der leicht gekrümmte und auffällig dicke Radius an seinem proximalen Ende völlig mit der Ulna verschmolzen war. Der linke Arm zeigte nur eine geringe Verschmelzung der beiden Knochen und weder eine Krümmung noch eine Verdickung des Radius. Kulenkampff (Zwickau).

---

26) C. Schlatter (Zürich). Die Brüche der Mittelhandknochen. (Samml. klin. Vorträge Nr. 168.)

Nach den umfangreichen Erfahrungen S.'s kommen an den Metacarpi hauptsächlich zwei Bruchformen vor, Querbrüche (einschließlich leichter Schrägbrüche),

welche mehr die radiale Handseite bevorzugen und meist Folgen direkter Gewalteinwirkungen sind, und Torsionsbrüche als indirekte Frakturen, deren Gebiet besonders die Metacarpi der längsten Finger, des Mittel- und Ringfingers darstellen, während sie am V. Mittelhandknochen weniger häufig und am I. gar nicht beobachtet sind. Verf. bringt eine Reihe neuer Fälle von schraubenförmigen oder Torsionsbrüchen zur Kenntnis, die beim Schlittensport durch Gewalteinwirkung auf die Finger entstanden waren. Interessant ist besonders der eine Fall, in welchem eine Kombination von Trauma und Resistenzverminderung des Knochens infolge Syringomyelie bestand; an dem durch diese zentrale Erkrankung in seiner Festigkeit geschwächten V. Mittelhandknochen war durch langsame leichte Drehung des zugehörigen hakenförmig gehaltenen Kleinfingers eine Torsion gemacht und ein schraubenförmiger Bruch des V. Metacarpus herbeigeführt worden. Daß solche Spiralbrüche aber auch an vollständig gesunden Metacarpi auftreten, wird durch S.'s reiches Beobachtungsmaterial erwiesen. Bemerkenswert ist in all diesen Fällen die Geringfügigkeit der Schmerzen und Funktionsstörung, in die Augen fallend nur die Schwellung am Handrücken. Bei Fehlen einer Dislokation kann auch die erste Röntgendurchleuchtung negatives Ergebnis haben, während sie später nach Wochen einen Callus nachweist; wie wertvoll für die Diagnose diese Untersuchungsmethode ist, zeigt S.'s Material an 61 röntgenisierten Fällen mit 79 gebrochenen Mittelhandknochen, unter denen allein 27 sichere und 6 fragliche Torsionsbrüche gegenüber 37 Querbrüchen gefunden wurden. — Bezüglich weiterer Einzelheiten und der Behandlungsmethode mittels Extension muß auf die Abhandlung verwiesen werden, die einige lehrreiche Abbildungen enthält. Kramer (Glogau).

---

27) John Speese (Philadelphia). Fractures of the metacarpal bones. (Univ. of Pennsylvania med. bulletin 1910. Vol. XXIII. Nr. 8.)

Unter den 67 vom Verf. beobachteten Fällen von Bruch eines Metacarpus war in 36% der erste Metacarpus betroffen, demnächst am häufigsten der dritte (24%). Nur zwei Verletzte waren weiblichen Geschlechts. 25% der Fälle entstanden durch indirekte Gewalt. In einem Falle handelte es sich um eine longitudinale Knochenfissur, entstanden durch Hammerschlag auf den Handrücken. Dem Verf. bewährte sich am besten die von Mackenzie angegebene Verbandmethode, bei der die Hand um einen dicken Holzstab zur Faust geballt und außerdem mit langeu Heftpflasterstreifen (von der Streckfläche zur Beugefläche des Handgelenks verlaufend) extendiert wird. Mohr (Bielefeld).

---

28) Strempel. Ein Fall von irreponibler Luxation des Zeigefingers im Metacarpo-Phalangealgelenk. Aus der chir. Abteilung d. städt. Krankenhauses zu Barmen (Geh.-Rat Prof. Heusner). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 38.)

Das Köpfchen des II. Metakarpalknochens war in dem Falle in einem Längsriß der Gelenkkapsel knopflochartig umspannt gehalten, ließ sich aber auch nach dessen Einkerbung nicht vollkommen zurückbringen, weil ein schrotkorngroßes abgesprengtes Knorpelstücken hinderlich war; erst nach dessen Exstirpation gelang die Resorption. Kramer (Glogau).

---

29) D. Cotterill. Note on a case of unusual deformity of the fingers. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VIII. Nr. 1. 1910.)

Verf. berichtet über einen Pat., bei dem zunächst im Anschluß an eine schwere Quetschung der Finger von der Dorsalseite her im Ring- und kleinen Finger das Symptom des schnellenden Fingers sich entwickelte. Zur Beseitigung dieses Zustandes wurde in einem anderen Hospital eine Operation ausgeführt, wie aus der über die Grundphalanx der Beugefläche des Ringfingers verlaufenden Narbe ersichtlich war. Der Effekt dieser Operation war nun eine merkwürdige Bewegungsstörung, die Ref. nach der Beschreibung als Luxation der beiden Endteile des Flexor digitorum sublimis (perforatus) bezeichnen möchte. Es wurde nämlich bei der Streckung die zweite Phalanx mit einem Ruck in Hyperextension gebracht unter gleichzeitiger unwillkürlicher Bewegung des Endgliedes und des Metacarpophalagealgelenkes. Dies blieb aus, wenn man von beiden Seiten die Gegend des affizierten Gelenkes fixierte. Auch konnte man dort zwei bandartige Stränge fühlen, die bei Extensionsbewegungen nach außen glitten. Wollte Pat. den im zweiten Gelenk hypertendierten Finger beugen, so war dies erst nach Beugung im Handgelenk und unter starker Anstrengung möglich. Verf. stellt sich den Entwicklungsmechanismus nun folgendermaßen vor: Durch die schwere Quetschung, die hyperextendierend auf die Finger wirken mußte, wurde der Perforatus der Länge nach gespalten. Durch die vorgenommene Operation wurden die schon zu beweglichen Sehnenenden noch weiter gelöst und bekamen, bei jeder Extensionsbewegung nach außen gleitend, extendierende Wirkung. Die dabei auftretende Beugung im End- und Metacarpalgelenk erklärt sich leicht aus der Spannung des Flexor digitorum profundus über dem hyperextendierten Gelenk. Die Operation, die durch Zusammennähen der Enden der Sehne Heilung brachte, bestätigte diese Deutung. Kulenkampff (Zwickau).

---

30) G. Houzel (Paris). Les haematomes iliaques d'origine hémophilique. (Arch. génér. de chir. VI. 9. 1910.)

Ein 27jähriger Mann fühlte mitten in der Arbeit einen Krampf im Bereiche des rechten Beines, wonach eine schmerzhafte Beugekontraktur in der rechten Hüfte eintrat. Die Untersuchung ergab die Möglichkeit weiterer Beugung des Beines, die Unmöglichkeit der Streckung. Die Psoasscheide fühlte sich verdickt an, so daß ein Psoasabszeß diagnostiziert wurde, obwohl eine Wirbelsäulenerkrankung nicht festgestellt werden konnte. Unter Bettruhe schwanden in einigen Wochen die Schmerzen und die Beugekontraktur. Die Wiederaufnahme der Arbeit führte zu erneuten Schmerzanfällen und Beugkontraktur. Gleichzeitig trat eine große, glatte Geschwulst in der Dorsolumbalgegend auf, die sich bis zum Scarpa'schen Dreieck fortsetzte und als Psoasabszeß betrachtet wurde. Eine breite Inzision ergab ein ausgedehntes Hämatom im Bereich des Musc. ilio-psoas, der durch das Hämatom völlig zerstört war. Bei der Ausräumung der Blutgerinnsel kam es zu gewaltiger Blutung, die nur durch Tamponade gestillt werden konnte. Weiterhin kam es zu diffusen Ekchymosen, die von den Wundrändern ausgingen, und profusem Nasenbluten. Durch tägliche Injektion von 10 ccm frischen Pferdeserums kamen die Blutungen zum stehen, worauf sich langsam die Blutgerinnsel und Detritusmassen der Lendengegend abstießen und es zur Heilung der Wunde kam. In der Folge wurde noch ein Bluterguß in der linken Lendengegend und

Hämatemesis beobachtet, die durch Diphtherieserum zum Stillstand kam, wobei jedoch anaphylaktische Symptome auftraten.

Im Anschluß berichtet Verf. ausführlich über vier analoge in der Literatur berichtete Fälle, bei denen die nicht ererbte Hämophilie im wesentlichen in der Muskulatur oder Muskelscheide der Iliacalgruben zu Blutungen führte. Diese Blutungen können mit oder ohne Fieber verlaufen, wodurch die Diagnose erschwert wird. Charakteristische Symptome fehlen, so daß die richtige Diagnose nur durch Exklusion gestellt werden kann.

Therapeutisch kommt Ruhiglagerung und Seruminjektion nach Weil in Betracht. Die Seruminjektionen sollen jedoch nicht öfter als unbedingt nötig gemacht werden, um Anaphylaxie zu vermeiden. M. Strauss (Nürnberg).

---

31) **P. le Damany (Rennes) et J. Saiget (Paris). Hanches subluxables et hanches luxées chez les nouveau-nés.** (Rev. de chir. XXX. ann. Nr. 9.)

Verff. unterscheiden die anthropologische, die teratologische Hüftverrenkung und die subluxable Hüfte.

Die anthropologische Verrenkung ist gewissermaßen die Folge einer besonderen Veranlagung des Menschengeschlechtes. Sie findet sich vorzüglich bei den höheren Rassen und am ausgeprägtesten beim weißen Weibe. Die Anteversion des Schenkelhalses ist der prägnante Ausdruck dieser Veranlagung. Die anthropologische Luxation ist übrigens nur sehr selten wirklich angeboren, sondern entsteht allmählich beim Übergang der fötalen Flexionslage in die extra-uterine Extensionslage des Beines infolge der Anteversion des Schenkelhalses.

Anders bei der teratologischen Verrenkung. Hier handelt es sich um Mißbildungen, die in der Hüftmuskulatur, im Becken (am häufigsten — falsche Pfannenrichtung!) oder in fehlerhaften Haltungen der Frucht infolge Eventrationen, Urinverhaltungen, amniotischer Stränge zu suchen sind und die Verrenkung schon in utero zustande bringen. Die Verff. haben sieben Fälle dieser Verrenkung gesehen; sämtliche Kinder waren wegen anderer Mißbildungen lebensunfähig.

Streng zu scheiden von der anthropologischen und teratologischen Verrenkung ist die angeborene und ziemlich häufige Subluxabilität der Hüfte. Sie beruht auf einer Verminderung der Pfannentiefe und läßt sich in rechtwinkliger Beugung des Hüftgelenkes leicht nachweisen. Der Kopf gleitet bei zartem Druck nach außen und hinten über den Pfannenrand, oft mit einem leichten Ruck. Umgekehrt schnappt der Kopf wieder ein, wenn man ihn bei rechtwinklig abduzierter Hüfte gegen die Pfanne drückt. Manchmal kommt es auch zur spontanen Subluxation. Diese Subluxationsmöglichkeit besteht nur wenige Tage, mitunter aber 2 Monate und noch länger. Meist verschwindet sie ebenso wie die spontane Subluxation von selbst. Nur in einigen Fällen bildet sich aus der Subluxabilität eine Verrenkung. Doch haben sicherlich nicht alle Verrenkungen das Vorstadium der Subluxabilität, obwohl Raummangel in der Gebärmutter schließlich ihre gemeinsame Ursache ist. Gutzeit (Neidenburg).

---

32) **Deutschländer. Über einen Reluxationsmechanismus nach der unblutigen Behandlung angeborener Hüftverrenkungen und dessen Beseitigung.** (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 4.)

Verf. fand bei einer doppelseitigen, bereits reponierten angeborenen Hüftverrenkung, bei der nach einer $8^1/_2$monatigen Behandlung rechterseits eine Re-

luxation zu befürchten war, bei der Operation, daß dieselbe tatsächlich ganz im Widerspruche mit dem Röntgenbilde eingetreten war. Als Repositionshindernis präsentierte sich die Ileopsoassehne, die normalerweise über die Gelenkkapsel hinweg zur Insertion zum Trochanter minor zieht. In diesem Falle verlief sie in einem medialen Bogen um den Gelenkkopf herum und war vor dem vorderen Kopfpole gelagert.

Es lehrt dieser Fall, daß eine derartig verlagerte Psoassehne den Erfolg der unblutigen Behandlung illusorisch machen kann. Hartmann (Kassel).

---

33) J. Riedinger. Zur Frage der Entstehung und Behandlung der paralytischen Luxation des Oberschenkels nach vorn. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

Verf. denkt sich das Zustandekommen einer paralytischen Luxatio infrapubica im Liegen auf rein mechanischem Wege. Das gelähmte und im Hüftgelenk gebeugt gehaltene Bein soll aus rein praktischen Gründen schon nach dem Gesetze der Schwere nach außen und unten sinken, so daß sich beim Aufrichten der Oberkörper nicht um die Achse, die die beiden Oberschenkelköpfe verbindet, dreht, sondern um die Sitzbeinknorren. Der Oberschenkelkopf auf der gelähmten Seite wird von dem sich aufrichtenden Rumpfe wie von einer Walze nach vorn und unten gedrängt. Durch derartige häufige Prozeduren wird allmählich der Gelenkrand der Pfanne immer mehr abgeschliffen und freigelegt, so daß dem Schenkelkopf der Weg nach vorn unten und innen geebnet wird.

Obgleich Karewski noch angegeben hatte, daß die paralytische Hüftverrenkung nur durch eine Eröffnung des Gelenkes und Reposition des verrenkten Kopfes nach Beseitigung aller Kontrakturen der Muskeln und Bänder mit Sicherheit beseitigt werden könne, will Verf. in Übereinstimmung mit Schultze und anderen stets das Redressement ausgeführt wissen, und zwar nach den Grundsätzen, die den Orthopäden beim Redressement der angeborenen Verrenkung leiten. Während Schultze aber stets als Voroperation die Tenotomie der Fascia lata ausführt, will Verf. häufig ohne diese Operation zum Ziele kommen. Er führt zwei sich fast deckende Fälle an, bei denen er die Luxation auf völlig unblutigem Wege beseitigt hat. Die von Karewski angegebene blutige Methode, wenn möglich ohne Eröffnung des Gelenkes, kommt nur für die schwersten Fälle in Betracht. Hartmann (Kassel).

---

34) Louis Meucière. Technique du traitement de la coxalgie pour la conservation du mouvement dans l'articulation. (Gaz. des hôpitaux 1910. Nr. 110.)

M. bringt seinen schon früher vertretenen Standpunkt in Erinnerung, daß bei Knochen- und Gelenktuberkulose die lokale Behandlung der allgemeinen überlegen ist. »Intra-extraartikuläre« Injektionen von Jodoformäther, später Injektion von reinem Karbol in die Knochenherde benutzt M. sofort, wenn die Diagnose sicher ist.

Er erzielt im Anfangsstadium stets Beweglichkeit ohne Hinken; auch fortgeschrittene Fälle werden »oft ad integrum« hergestellt. Die Beine müssen vollständig vom Körpergewicht entlastet werden, den Armen können geringe, richtig dirigierte Bewegungen gestattet werden.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

35) **W. Kohn. Ein Beitrag zur Anatomie und Ätiologie der schnellenden Hüfte.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCII. Hft. 2.)

Beschreibung einer Operation wegen schnellender Hüfte, bei der sich ein auffallend lockeres Bindegewebe zwischen der Sehne des Musc. glutaeus maximus und dem Trochanter vorfand. Ursache der Sehnenlockerung war Trauma, nicht aber eine Verrenkung des Tractus ileofemoralis, die von vielen Autoren als die Ursache der schnellenden Hüfte angesehen wird.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

36) **Chaput. Fracture par arrachement du petit trochanter.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXV. p. 207.)

Einige Tage vor der Aufnahme Sturz. Das Bein stand in Außenrotation, Flexion, Abduktion. Auffallenderweise Urinretention. Nach Anlegung eines Hennequin'schen Streckverbandes und dadurch hergestellter Stellungskorrektur schwand die Urinretention sofort. Die Röntgenaufnahme (Bild beigefügt) zeigt eine Absprengung des Trochanter minor mit einem Stück der Femurdiaphyse als Basis; der Trochanter minor ist ungewöhnlich lang. Die Abreißung des umfangreichen Diaphysenstückes spricht für anormale Brüchigkeit der Knochensubstanz.

Kaehler (Duisburg-M.).

---

37) **Denis G. Zesas. Beitrag zur Pathologie der Kniescheibe.** (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

Bei einem 39jährigen Manne hatte sich nach einem leichten Stoß gegen eine Stuhlkante eine Geschwulst der rechten Kniescheibe gebildet, die namentlich nachts heftige Schmerzen verursachte. Als dann später unter enormer Schmerzhaftigkeit eine umschriebene, markstückgroße Auftreibung auf der Vorderfläche des linken Schienbeinkopfes auftrat, wurde trotz allen Leugnens von seiten des Pat. ein luetischer Prozeß angenommen und eine Schmierkur eingeleitet, wonach völlige Heilung eintrat. Infolge der großen Seltenheit von luetischen Prozessen an der Kniescheibe hält Verf. diesen Fall für erwähnenswert, zumal bis jetzt nur drei Fälle, einer von François und zwei von Ritasky bekannt sind.

Hartmann (Kassel).

---

38) **E. Smith (St. Francisco). Diseases and injuries to the knee-joint and treatment of same.** (Pacific med. journ. Vol. LIII. Nr. 10. 1910.)

Verf. gibt an, daß Fälle von freiem Gelenkkörper im Kniegelenk oder von Verletzung der Semilunarknorpel, wenn sie vernachlässigt werden, häufig tuberkulös werden. Verf. führt sodann ausführlicher einen Fall von Synovitis des Kniegelenks mit Erguß infolge von Infektion durch Mikrokokkus lanceolatus an, der eine junge, sonst vollkommen gesunde Frau betraf. Ohne Schmerzen entwickelte sich allmählich nacheinander in beiden Kniegelenken ein starker Hydrops, dessen Punktion Mikrokokkus lanceolatus in Reinkultur ergab. Heilung mit voller Funktion. Leichtes Rezidiv nach 15 Monaten.

Mohr (Bielefeld).

---

39) Karl Körber. Die Meniscusverletzungen des Kniegelenks. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 184.)

Die Arbeit verwertet das einschlägige Beobachtungs- und Operationsmaterial von Steinmann (Bern) und kann als weitere Ausführung des von letzterem auf dem Chirurgenkongreß in Berlin gehaltenen Vortrages »Meniscofissur und Meniscus bipartitus am Kniegelenk« angesehen werden. Wir verweisen auf den Selbstbericht Steinmann's über seinen Vortrag in unserem Blatte, Beilage zur Nr. 31, 1910, p. 116, machen auf die von K. gelieferten Abbildungen gewonnener Meniscuspräparate aufmerksam und fügen nur noch hinzu, daß bei der Operation nach Steinmann und K. häufig die Abtragung nur des losgelösten inneren Schenkels bei Meniscuszweiteilung als das richtige Verfahren gelten soll. Als Schnitt wird ein Längsschnitt empfohlen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

40) Otto Köhler. Über die isolierte Ausreißung der Ligamenta cruciata des Kniegelenks. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 220.)

Von drei einschlägigen Fällen aus der Göttinger Klinik, welche K. beibringt, ist einer durch klinische Beobachtung, die beiden anderen anatomisch bei Leichen im Präparierkursus nachgewiesen. Der erste Fall betrifft einen zur Begutachtung geschickten, durch Betriebsunfall vor 2 Jahren verletzten Maurer, dem sein rechtes Knie durch Anspringen eines Kalbes gegen die Beininnenseite übermäßig nach außen umgebogen war (Hyperadduktion des Unterschenkels). Bei der Befundaufnahme fand man Genu valgum, Behinderung des Kniedurchdrückens, leichtes Knirschen und mittels Röntgen Ausriß eines Knochenstückchens aus dem Femur, welches aber wieder angewachsen schien. Deutung: Der Knochenausriß erfolgte durch erhöhten Zug des vorderen Kreuzbandes. Bei den Anatomiefällen handelte es sich um teilweise Ausreißung des vorderen Kreuzbandes aus seiner Insertion an der Tibia ohne Vorhandensein sonstiger Regelwidrigkeiten. In der angefügten Allgemeinbesprechung erörtert K. die Ätiologie und Mechanik der fraglichen Bandverletzung, wobei die zum Studium dieses Gegenstandes von verschiedenen Autoren gemachten Leichenversuche erwähnt werden. K. ist geneigt, besonders die Hyperadduktion des Unterschenkels für wichtig zur Erklärung dieser Verletzungen anzusehen. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

41) A. Schanz. Zur Behandlung der Ostitis fibrosa tibiae. (Med. Klinik 1910. p. 1611.)

Ein älterer Mann hatte infolge Verbiegung, Verdickung (Röntgenbild) und Schmerzhaftigkeit eines Schienbeines die Gehfähigkeit fast ganz verloren. Das Bein wurde durch einen bis zum Sitzhöcker heraufreichenden und mit feststellbarem Kniegelenk versehenen Schienenhülsenapparat entlastet. Nun nahmen die Verdickung des Schienbeines und die Schmerzen immer mehr ab, die Gehfähigkeit dauernd zu, so daß schließlich eine einfache Unterschenkelstützgamasche genügte. Im Röntgenbilde des Schienbeines waren Mark und Rinde wieder zu unterscheiden.

Bei einer älteren Frau, deren Mutter und Schwester übrigens gleichfalls an dem Leiden krankten, wurde zunächst durch zwei Osteotomien die starke Knochenverbiegung ausgeglichen. Ein dabei entnommenes Knochenstückchen wies regel-

rechte Ostitis fibrosa auf. Das nachherige Tragen des entlastenden Schienhülsenapparates führte auch hier zur Ausheilung des Leidens.

Georg Schmidt (Berlin).

---

42) B. P. Jenochin und P. P. Sabolotnow. Zur Frage vom Myeloma plasmacellulare. (Russki Wratsch 1910. Nr. 33.)

56 Jahre alter Landmann; vor 7 Monaten Distorsion des linken Fußgelenkes, gewaltsame Einrenkung durch einen Bauern, dabei Fraktur der (schon kranken?) Tibia. 9 cm lange Auftreibung im distalen Ende des Schienbeins. Deutliche Pulsation der Geschwulst. Amputation des Unterschenkels, Heilung, die 2 Monate später anhielt. Sonst nirgends im Körper Geschwülste. 2 Monate nach der Operation im Harn 5‰ Eiweiß und Spuren des Bence-Jones'schen Eiweißkörpers. — Durch den proximalen Teil der Tibia zogen zwei Arterien, die eine gänsekieldick, zur Geschwulst — daher die Pulsation. Die Geschwulst selbst bestand aus gleichartigen typischen Plasmazellen; zahlreiche Blutergüsse, in einzelnen Zellen regressive Veränderungen, doch nirgends Nekrose größerer Bezirke.

In der Literatur sind 15 Fälle von Myelom mit Plasmazellen beschrieben.

Gückel (Kirssanow).

---

43) R. Hermann. Un cas de gangrène symmetrique des deux jambes, suite de traumatisme. (Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. 1910. Nr. 4.)

Der 26 Jahre alte Schmied wurde im Zustande des Kollapses in die Anstalt von H. gebracht. 3 Tage vorher hatte er im Streit zwei leichte Stichverletzungen ohne Bedeutung und auch wohl einen Stoß oder Tritt gegen den Bauch erhalten. Der zuerst hinzugerufene Arzt gab ein Herzmittel, und da er am folgenden Tage Blut im Urin und Stuhl fand, Ergotin in sehr geringer Dosis. Der Kranke hatte Würgen, Erbrechen und kleinen Puls; man gab Morphium und artifizielles Serum. Alle Getränke (Champagner usw.) erbrach er. Es traten heftige Schmerzen in beiden Waden auf. Der Bauch war aufgetrieben; man gab Abführmittel und Klistiere. Allmählich bildete sich Gangrän an beiden Füßen aus, schließlich mußte am Unterschenkel beiderseits amputiert werden; der Kranke ging an Sepsis zugrunde. Die Sektion ergab Gangrän an der Basis beider Lungen (Sepsis), als Folge der Gangrän Karditis und Perikarditis. Nieren gesund, Blutgefäße normal, Rückenmark gesund. — Die Ursache der symmetrischen Gangrän konnte nicht aufgedeckt werden. E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

44) W. Stern. Problems in the treatment of club-foot. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VIII. Nr. 1. p. 131. 1910.)

Verf. weist darauf hin, daß auch bei richtiger Anlegung des Gipsverbandes Dekubitus auf dem Fußrücken entstehen kann, der nicht Folge eines Druckes ist, sondern durch Behinderung der Zirkulation infolge von Überkorrektion entsteht. Er hat, um den Einfluß derselben auf die Gefäße zu demonstrieren, bei einem verstorbenen doppelseitigen Klumpfuß eine Gefäßinjektion gemacht, auf der einen Seite nach Redressement, auf der anderen Seite ohne solches. Die angefertigten Röntgenbilder zeigen deutlich den Unterschied. S. rät deshalb, falls der Gipsverband kunstgemäß angelegt ist, die Überkorrektur zu verringern, wodurch eine genügende Zirkulation wieder hergestellt würde.

Kulenkampff (Zwickau).

45) Marcinkowski. Über die Phelps'sche Operation. (Przeglad chirurg. i ginekolog. Bd. II. Hft. 3. [Polnisch.])

Verf. verwendet den offenen Schnitt nach Phelps bei fünf Kindern bei insgesamt acht Fällen; er ist für die ursprüngliche Methode und verwirft die späteren Modifikationen. Die offene Operation erleichtere die Blutstillung und die Vermeidung des Nerven und der Art. plantaris, welche in der Wunde bei Geraderichtung des Fußes erscheinen. Von Wichtigkeit ist die Nachbehandlung; die bei Pes varus verlängerten Peronealmuskeln entsprechen nicht mehr der korrigierten Stellung, und es bleibt längere Zeit hindurch eine Neigung zur Varusstellung zurück. Bei kleineren Kindern kann eine Retraktion der Narbe zum Rezidiv führen, desgleichen bei älteren durch Verbiegung des Fußes.

Die Nachbehandlung besteht in Anwendung eines billigen, einfachen Apparates bis zum Ausgleiche der Verbiegung. Statt dessen könnte man auch eine Verkürzung der Peronealsehne herbeiführen. Verf. widerrät die Operation bei nicht gehenden Kindern wegen Möglichkeit von Rezidiven.

Photographien und Fußabdrücke vor und nach der Operation illustrieren die Erfolge. A. Wertheim (Warschau).

---

46) Royal Whitman. Further observations on the operative treatment of paralytic talipes of the calcaneus type[1]. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VIII. Nr. 1. p. 137. 1910.)

Schon 1901 hat der Autor seine Methode beschrieben, mit der er seitdem in 50 Fällen guten Erfolg hatte. Sie besteht in der Entfernung des Talus, Zurücklagerung des Fußes und Sehnentransplantation. Das Prinzip seiner Operation ist, die Fußgabel weiter nach vorn zu verlagern, um den Calcaneus nach Entfernung des Talus wieder in eine normale Lage zu bringen. Zunächst wird ein Schnitt zwischen Malleolus externus und Achillessehne bis zu ihrem Ansatz gemacht und ein zweiter unter der Malleolenspitze über den Fußrücken an die Außenseite des Taluskopfes verlaufend, darauf gesetzt. Die Peroneussehnen werden nach hinten gezogen, das Lig. calcaneo-fibulare wird durchschnitten, der Fuß adduziert. Dann wird mit einer Schere der Taluskopf von seinen Verbindungen mit dem Naviculare gelöst. Die inneren und hinteren Bänder kann man nicht erreichen. Der Talus wird deshalb gewaltsam herausgedreht, wobei der Knorpelrand abbricht. Jetzt werden in möglichst dünner Schicht die Oberfläche des Calcaneus und Cuboides und die Innenfläche des Malleolus externus, also die erreichbaren Gelenkflächen, entfernt. In gleicher Weise wird von der Innenseite her unter Lösung der Ligamente vom Malleolus internus und Entfernung der Knorpeloberfläche vorgegangen. Endlich wird mit dem Elevatorium das starke Ligamentum calcaneo-naviculare in genügendem Maße abgehebelt, um dem Malleolus Raum zu geben hier einzusinken bzw. über das Naviculare zu greifen. Die beiden Peronealsehnen werden auf die Achillessehne, eventuell unter Kürzung dieser, überpflanzt, um den Fuß in mäßiger Plantarflexion zu fixieren. — Mit im Knie gebeugten Bein wird dieses dann für einige Tage bis eine Woche aufgehängt zur Entspannung und Verbesserung der Zirkulation. Bis das neue Gelenk fest ist und die Muskeln sich ihrer neuen Funktion angepaßt haben, also gegen 6 Monate, muß ein Verband getragen werden. Knöcherne Vereinigung tritt nie ein trotz Entfernung des Knorpels. Die Erfolg der Operation hängt von einer gewissenhaften Durchführung der

[1] Pes calcanens s. str. Nicoladoni. Ref.

Operation und guten Fixation des Fußes in seiner Zurücklagerung ab. Wenn die Tibia gut mit dem Naviculare artikuliert, ist jedes Rezidiv unmöglich. Während früher diese Deformitäten bei starker Ausbildung vom therapeutischen Standpunkt aus meist hoffnungslos waren, würde Verf. gerade diese jetzt benutzen, um die Leistungsfähigkeit seiner Methode zu beweisen.

Kulenkampff (Zwickau).

---

47) E. Ryerson. Tendon transplantation in flat-foot. (Amer. journ. of orthopedic surgery Vol. VII. Nr. 4. p. 505. 1910.)

Verf. berichtet über neun Fälle, in denen er die Peroneussehnen auf das Periost der Innenseite des inneren Cuneiforme überpflanzte. Erfolg war in drei Fällen ausgezeichnet; in vier Fällen waren die Sehnen ohne genügende Spannung übertragen und zeigten praktisch keine in Betracht kommende Kraftwirkung. In zwei Fällen war ebenfalls, trotz guter Kontraktion kein entsprechender Effekt vorhanden, da die Sehnen auf das Naviculare überpflanzt waren.

Kulenkampff (Zwickau).

---

48) Muskat (Berlin). Der Plattfuß im Röntgenbilde. (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Wenn auf dem Röntgenbilde die Gelenkschatten verbreitert, die Köpfchen der Vorfußknochen gespreizt erscheinen, so ist bei entsprechender Schmerzhaftigkeit die Diagnose des Plattfußes gesichert. Da ebenso häufig, wie der Plattfuß für eine andere Krankheit gehalten, eine Erkrankung anderer Art für Plattfuß angesehen wird, läßt das Röntgenbild erkennen, ob die Schmerzen durch eine Exostose des Calcaneus, eine tuberkulöse Erkrankung, eine Geschwulst der Tibia durch Arteriosklerose der Fuß- oder Unterschenkelarterien bedingt sind.

Kramer (Glogau).

---

49) Tartavez. Sur l'emploi des empreintes plantaires en chirurgie. (Archives de médecine et de pharmacie militaires 1910. September.)

T. bezeichnet die von Schwartz im Journal des praticiens 14. VI. 1909 angegebene Methode, Fußabdrücke zu nehmen, als recht praktisch. Diese besteht darin, daß das Papier durch die von verbranntem Kampfer erzeugten Dämpfe geschwärzt wird, und daß nach Aufnahme der Fußabdrücke eine Fixierung durch Eintauchen in Benzoetinktur stattfindet. Um das Verfahren zu verbilligen, schlägt T. vor, die Schwärzung des Papiers durch Verbrennen eines in Terpentin getauchten Wattebausches und die Fixation der Abdrücke durch Benetzen der nicht berußten Fläche des Papiers ebenfalls mit Terpentin vorzunehmen. Der einzige Nachteil dieses Verfahrens gegenüber dem von Schwartz angegebenen besteht darin, daß das Trocknen der mit Terpentin benetzten Abdrücke 12 Stunden dauert.

Herhold (Brandenburg).

---

50) Simon. Über die schmerzenden Füße der Rekruten. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1910. Hft. 19.)

Verf. konnte bei fast allen Rekruten, welche über beim Stehen und Gehen auftretende Schmerzen klagten, während die Schmerzen bei Ruhe verschwanden, eine Knickung des Fußes im Fußgelenk in pronierter Richtung (Pes valgus, Hoffa's Knickfuß) feststellen. Es bestand dabei deutliches Tiefertreten des inneren Knöchels, und die Fußabdrücke zeigten an der inneren Fußumrandungs-

linie eine mehr oder weniger ausgeprägte Ausbuchtung. Als Ursache der Fußschmerzen sieht S. schwache Muskulatur des Unterschenkels und mangelhafte Fußbekleidung an. Therapeutisch wird daher für wichtig erachtet, daß der Mann vor allem einen gut passenden, nicht zu kurzen Stiefel mit festem Schuhgelenk erhält; außerdem wird durch einen schiefen Absatz, der genau nach dem Knickungswinkel hergestellt wird, der pronierte Fuß in eine mehr supinierte Stellung gebracht. Die Schmerzen werden vor Verabreichung des Stiefels durch supinierenden Heftpflasterverband, Massage der Unterschenkelmuskulatur und Plattfußübungen beseitigt. Wenn alle diese Mittel und der passende Stiefel die Beschwerden nicht beseitigen, so soll der Mann als dienstunfähig entlassen werden.

Herhold (Brandenburg).

---

51) Heinrich Els. Über eine Abrißfraktur des Tibialis anticus-Ansatzes. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 610.)

Beobachtung aus dem St. Johannis-Hospital in Bonn (Garrè). Die Verletzung entstand durch übermäßige, passive Fußplantarflexion, wobei aber auch anzunehmen ist, daß der Muskel, sich stark kontrahierend, aktiv mitwirkte. Röntgen zeigte am Cuneiforme I einen Knochendefekt und das dem entsprechend herausgerissene Knochenstückchen (bohnengroß) gerade über den Taluskopf verlagert. Hier wurde es jedenfalls vor der Öffnung des Sehnenfaches im Lig. cruciatum fixiert. Nach 4 Monaten war Pat., zuletzt mit Heißluft und Massage behandelt, wieder flott gehfähig. Die eingetretene Fußabplattung war durch Plattfußeinlage korrigierbar.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

52) Boeckel (Nancy). Des luxations traumatiques du scaphoïde tarsien en particulier des luxations doubles. (Revue de chir. 1910. Nr. 6.)

Verf. beschreibt einen Fall von dorsaler Verrenkung des Kahnbeines am Fuße mit gleichzeitigem Bruch des Keilbeines und der Tuberositas des fünften Metatarsus, bei dem die Sekundärexstirpation des Kahnbeines angeschlossen werden mußte. Nach einer genauen Beschreibung des Falles mit gleichzeitiger Wiedergabe von Röntgenbildern geht Verf. auf sämtliche bisher veröffentlichte Fälle ein, wobei vor allem neben der französischen auch die deutsche Literatur berücksichtigt ist.

Mit Paulet unterscheidet er:

1) Des luxations scaphoïdo-cunéennes;
2) des luxations astragalo-scaphoïdiennes;
3) des luxations totales ou doubles du scaphoïde.

Seine Statistik von 51 Fällen ergibt 16 Fälle der ersten Art, 17 der zweiten, 18 der dritten. Von diesen 18 totalen Verrenkungen waren 11 dorsale, 5 innere, 1 äußerer und 1 plantarer. Unter sämtlichen Pat. befand sich nur eine Frau.

An der Hand dieser Fälle geht Verf. weiter auf die prädisponierenden Ursachen, den Mechanismus der Verrenkung und der Anatomie dieser Verletzungen ein und gibt am Schluß einen kurzen Überblick über die bei den einzelnen Fällen vorgenommene Behandlung.

Für alle, die sich mit Verletzungen der Fußwurzel, speziell des Kahnbeines beschäftigen, wird die fleißige und ausführliche Arbeit von B. ein bequemes Nachschlageheft sein.

Gaugele (Zwickau).

53) J. Abadie (Oran) et Raugé (Lyon). Les fractures du scaphoïde du tarse. (Rev. de chir. XXX. ann. Nr. 9.)

Verff. beschäftigen sich in der vorliegenden Arbeit ausschließlich mit der isolierten Fraktur des Os naviculare, von der vor der Röntgenära nur zwei Fälle, seitdem 26 mitgeteilt sind. Sie selbst berichten von einer Frau, die sich den Bruch durch Auffallen mit der linken Fußspitze auf den Boden zuzog. Die Bruchlinie verlief quer, aber ein wenig schief von unten innen nach oben außen. Die Einrichtung der Bruchstücke in Narkose und ihre Feststellung durch eine Gipsschiene führten zu vollständiger Heilung.

Besonders eingehend ist der Entstehungsmechanismus studiert. Fünf verschiedene Vorgänge können den Bruch veranlassen: 1) Eine schwere Last fällt auf den Rücken des aufstehenden Fußes. Das Fußgewölbe wird dadurch abgeflacht, wobei seine beiden Bögen (Calcaneus und Talus einerseits — Keilbeine und die drei ersten Mittelfußknochen andererseits) das Os naviculare als Schlußstein des Gewölbes zusammenquetschen. Gleichzeitig wird das an seiner Tuberositas durch das Lig. calcaneonaviculare festgehaltene Naviculare nach oben und außen gepreßt, wobei meist die Tuberositas abbricht. 2) In Knie- oder Bauchlage wirkt eine Gewalt auf die Hacke des mit der Fußspitze dem Boden aufliegenden Fußes. 3) Auch bei gewaltsamer Adduktion und Supination kann das Naviculare brechen (drei Fälle von Deutschländer). 4) Fall auf die Fußspitze. 5) Bruch durch direkte Gewalt, während der Fuß mit seinem Außenrande aufliegt; einziger bisher bekannter Fall ist der von Linhart.

Die Hauptsymptome des frischen Bruches sind der Druckschmerz, die Adduktion des Fußes, die Verkürzung des inneren Fußrandes und ein fühlbarer Knochenvorsprung. Später wird der Bruch oft durch die Schwellung verdeckt, oder man bekommt einen traumatischen Plattfuß zu Gesicht, dessen Entstehung erst die Röntgenuntersuchung enthüllt. Je nach der Schwere und dem Stadium des Falles wird man mit der manuellen oder blutigen Reposition oder gar erst mit der Exstirpation der Bruchstücke oder einer Plattfußoperation einen wenigstens funktionell guten Erfolg erreichen. Gutzeit (Neidenburg).

---

54) Knoke. Beitrag zur Luxatio pedis sub talo nach innen. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 613.)

K. vermehrt die Kasuistik genannter Verletzung um einen von ihm beobachteten Fall. Dem auf seine linke Körperseite gefallenen Pat. war, während der Außenrand des linken Fußes auf einer Erhöhung (Kohlenstück) fixiert war, ein Kohlenkorb auf die Innenseite des Unterschenkels gefallen. Reposition in Narkose durch direkten Druck auf den Taluskopf und Gegendruck von dem inneren Fußrande her. Heilung nach 3 Wochen mit guter Fußbeweglichkeit.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

55) E. Quénu et G. Küss (Paris). Étude sur les luxations du métatarse (luxations métatarso-tarsiennes). Du diastasis entre le premier et deuxième métatarsien. (Rev. de chir. XXIX. ann. Nr. 1, 2, 4, 6, 7.)

Die Arbeit bringt eine sehr eingehende Darstellung der Mittelfußverrenkungen auf Grund von 120 Fällen der Literatur und 9 noch nicht veröffentlichten Beobachtungen. Sie umfaßt 280 Seiten, enthält 106 Abbildungen, darunter viele Röntgenbilder, und wird von einem Literaturverzeichnis von 123 Nummern,

das nach Nationen geordnet ist, beschlossen. Wir haben es also mit einer Monographie im Rahmen einer periodisch erscheinenden Zeitschrift zu tun.

Sämtliche Fälle, die zur Bearbeitung des Themas herangezogen sind, sind durch anatomische oder röntgenographische Untersuchung sichergestellt. Danach sind die Verrenkungen des Mittelfußes ziemlich häufig, werden aber noch oft verkannt. Sie treten besonders bei kräftigen, jungen, schwer arbeitenden Leuten auf infolge eines Falles auf die Fußspitze, Verschüttungen oder Gewalteinwirkungen, welche direkt die Fußwurzel oder den Mittelfuß treffen.

Zum Verständnis dieser Verletzungen ist es notwendig, sich über die architektonische Gliederung des Fußes Klarheit zu verschaffen. Der Fuß besteht aus einem Gewölbteil mit zwei Stützpunkten, der Ferse und dem Köpfchen des ersten Mittelfußknochens; daran schließt sich eine Schiene, die das Gewölbe equilibriert. Das Gewölbe bildet der ganze Tarsus und der erste Metatarsus; die übrigen Mittelfußknochen mit dem Köpfchen des fünften als Stützpunkt bilden die Schiene, welche das Gewölbe stützt. Schienen- und Gewölbeteil sind nur durch die Bänder zwischen erstem und zweitem Keilbein und zweitem Metatarsus fest miteinander vereinigt. Dagegen pressen die Sehnen, welche an der Basis des ersten Mittelfußknochens ansetzen, diesen fest gegen das erste Keilbein, bringen aber ersten und zweiten Mittelfußknochen und die ersten beiden Keilbeine durch den Zug nach verschiedenen Richtungen zum Klaffen. Ähnlich wirkt das einfache Auftreten auf den Boden. Die Sagittallinie, die durch das erste Spatium interosseum geht, ist gewissermaßen die physiologische Achse des Fußes.

Stößt nun beim Fall auf den Boden die Fußspitze senkrecht auf, so pflanzt sich die Gewalt auf den Gewölbeteil, »die innere Knochensäule des Fußes«, fort. Dabei entsteht ein Quetschungsbruch der Basis des ersten Mittelfußknochens oder des ersten Keilbeines, ja mitunter auch der Tuberositas des Kahnbeines. Gleichzeitig werden die vier übrigen Mittelfußknochen nach außen und oben gedrängt und verrenkt. Die reine Verrenkung ohne Bruch des ersten Metatarsus, Keilbeines oder Kahnbeines ist selten. Wirkt die Gewalt in der physiologischen Achse des Fußes, so kommt es zu einer divergierenden Verrenkung (erster Metatarsus nach innen, die übrigen nach außen). Stößt der Fuß auf den Boden gemäß einer Achse, die einwärts von der inneren Knochensäule des Fußes verläuft, so wird der ganze Mittelfuß nach außen verrenkt. Der stärker befestigte erste Metatarsus folgt dann aber meist später, so daß zwischen erstem und zweitem Mittelfußknochen trotz der gleichen Richtung der Luxation eine Diastase entsteht. Dabei kommt es dann auch zu Brüchen am ersten Keilbein und den Basen der ersten beiden Mittelfußknochen, deren Bandverbindung kräftigeren Widerstand leistet als der Knochen. Bei der Luxation des ersten Metatarsus nach innen können das erste Keilbein und die Tuberositas des Kahnbeines mitgerissen werden, so daß der Zwischenknochenraum sich gewissermaßen in die Fußwurzel fortsetzt. Trifft die Fußspitze auf den Boden so, daß der Stoß sich in einer Achse außerhalb des ersten Zwischenknochenraumes fortpflanzt, so kommt es nicht zu einer Verschiebung des Schienen- und Gewölbeteiles gegeneinander, sondern es werden nur einzelne Mittelfußknochen verrenkt. Hyperextension, Torsion, seitliche Inflexionen oder direkt den Tarsus angreifende Gewalten können die Richtung der ursprünglichen Verschiebung ändern und so das Verletzungsbild komplizieren.

Am häufigsten sind die dorsolateralen Verrenkungen der vier äußeren Mittelfußknochen und die divergierenden Verrenkungen (erster Metatarsus nach innen,

die übrigen nach außen). Besonders interessant für die Mechanik des Fußes sind die divergierenden Verrenkungen, bei denen auch die beiden ersten Keilbeine auseinander gerissen werden und die Tuberositas des Kahnbeines abgerissen wird. Auf sie ist von den Verff. zum ersten Male hingewiesen.

Selbst frische Verrenkungen sind häufig wegen der Interposition von Knochenstücken oder Sehnen nicht reponierbar, so daß blutige Repositionen, ja Resektionen nötig werden. Oft ist die Reposition auch nur durch Nähte, Arthrodesen oder Knochenbolzungen zu erhalten. Bei veralteten Verrenkungen bildet allein der Grad der Funktionsstörung die Anzeige zu chirurgischen Eingriffen. Im allgemeinen werden alle blutigen Verfahren, die eine Stellungsverbesserung bezwecken, besser am Tarsus als am Mittelfuß angreifen.

Die Arbeit wird für spätere Abhandlungen über Mittelfußverrenkungen grundlegend sein. Gutzeit (Neidenburg).

56) Heubach. Mein kombinierter chirurgisch-orthopädischer Operations- und Extensionstisch. (Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

H. beschreibt an der Hand von 15 Abbildungen einen praktischen Operationstisch für die gynäkologische, chirurgische und orthopädische Praxis. Die Anwendung dieses Tisches mit seinen vielen Einzelheiten geht jedoch über den Rahmen eines Referates hinaus und ist im Original selbst einzusehen.

Hartmann (Kassel).

57) A. Falk. Eine Schlauchbindenwickelmaschiene. (Illustr. ärztl. Polytechnik 1910. September.)

Obige Maschine ist nach Art der bekannten Wickelmaschinen gebaut, ist jedoch überdies mit einem hölzernen Dehnkörper versehen, über welchen die Binde gestülpt wird, so daß alle Falten sich glätten und die Binde fast wie neu von der Drahtnadel abgezogen wird. Für den, der sich überhaupt noch mit Schlauchbinden abgibt, ist die Maschine wertvoll.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

58) B. F. Grüneisen. Prothesen aus Arborit und der Stand der Krüppelversorgung mit orthopädischen Apparaten. (Wojenno-med. Journ. 1910. Oktober. [Russisch.])

G. beschreibt die Herstellungsmethode billiger Prothesen aus Arborit (mehrere Schichten geleimten Fourniers); die metallischen Teile (Scharniere, Federn usw.) können fabrikmäßig massenhaft — also billig — hergestellt werden. Eine solche Prothese, z. B. für Oberschenkelamputation, kostet 90—100 Mk., während die verkäuflichen Prothesen nach amerikanischem Typus 350—700 Mk. kosten. Eine beigefügte Tafel zeigt die Konstruktionsdetails. Die Prothese — innen und außen mit Ölfarbe gestrichen — vertrugen bei der Probe ohne Schaden eine 1/4 Stunden lange Sterilisation mit Dampf von 112°, sowie eine Belastung mit 272 kg.

Gückel (Kirssanow).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 4. **Sonnabend den 28. Januar** **1911.**

Inhalt.

I.

Über die blutige Mobilisierung des Oberkiefers bei Palato-gnato-schisis.

Von

Prof. A. Codivilla in Bologna.

Als Ergänzung zur Mitteilung Prof. Helbing's in der Nr. 48 (1910) dieser Zeitschrift gestatte ich mir hier über einen im Jahre 1907 (13. April) operierten einschlägigen Fall zu berichten, bei dem die Deformität eine ganz besonders schwere und der erzielte Erfolg ein überaus günstiger war. Dieser Fall wurde in der wissenschaftlichen Sitzung der ärztlichen Gesellschaft in Bologna am 4. März 1909 besprochen[1]:

[1] Berretta, Ortopedia dentofacciale. Discussion: Codivilla, Bollettino delle scienze mediche. An. LXXX. Ser. VIII. Vol. IX. Bologne 1909.

»Fünfjähriger Knabe. Schwere angeborene Spaltbildung, die die Lippe, den Oberkiefer, den harten und den weichen Gaumen betraf. An der Lippe war die Deformität doppelseitig, am Skelett nur einseitig. Die Fissur war sehr breit, so daß in die Öffnung im Alveolarfortsatz bequem zwei Finger eingeführt werden konnten. Die Photographien und die aufgenommene Moulage illustrieren die Schwere des Falles (Fig. 1 u. 2).



Fig. 1.



Fig. 2.

Es war nicht leicht, den sichtbaren Anteil der Deformität irgendwie zu beheben. Auch ein alleiniger Verschluß der Hasenscharte war ohne eine Voroperation am Skelett nicht ausführbar. Ohne dieselbe hätte man keine genügend große Lappen erzielen können, und diese Lappen hätten nach der Vereinigung unter der Dehnung allzusehr gelitten.

Die gewöhnlichen Methoden des Verschlusses der Knochenlücke hätten auch nicht weitergeführt. Auf den einzig richtigen Weg zur Schließung der weiten Fissur am Skelett führten mich die besonderen Eigentümlichkeiten des Falles. Bei genauer Untersuchung konnte man nämlich bemerken, daß, während auf der linken Seite des Gesichts das Skelett die richtige Lage einzunehmen schien, und die Verhältnisse mit dem Zahnbogen die normalen waren, der rechte Oberkiefer nach außen und oben verlagert war, gleichsam als ob dessen buccale Fläche sich um einen Kegel gedreht hätte, dessen Spitze im höheren Teil des Os basilare gedacht werden konnte. Der skelettierte Komplex, welcher durch den Oberkiefer und die Knochen, die mit demselben in Verbindung stehen, gebildet wird, hatte sich in der oben angeführten Weise gedreht. Eine so weite Dehiszenz und eine so bedeutende Verlagerung des Oberkiefers konnte meiner Meinung nach, nur durch eine Mobilisierung des Oberkiefers, behoben werden. Dies gelang mir durch eine osteoplastische Resektion des rechten Oberkiefers, und zwar an dessen infraorbitaler Portion. Dieselbe wurde ohne irgendwelche Gefahr nach präventiver Unterbindung der Carotis externa ausgeführt. Mit Hilfe einer kleinen Inzision in der Wange, entsprechend dem Ansatze des Oberkiefers am Jochbein, gelang es, mit einem schmalen Skalpell den Oberkiefer an seinen vorderen und hinteren Verbindungen mit dem Jochbein und die vordere Wand des Oberkiefers unterhalb des Orbitalbogens auf eine Strecke zu inzidieren. Auf der buccalen Seite wurde die Verbindung des Oberkiefers mit dem Processus pterygoideus durchtrennt. Es

genügte sodann ein starker mit dem Daumen im Sinne der Korrektur ausgeübter Druck, um die Alveolarwand des Oberkiefers dem Os intermaxillare nahe zu bringen; die naso-buccale Lücke wurde durch das einfache Anschmiegen des freien Randes der unteren Muschel, die in dem konkreten Fall hypertrophisch war und tiefer saß, geschlossen.

Nachdem die Lage des Oberkiefers mit Hilfe dieses forcierten Redressements korrigiert worden war, wurde der mobilisierte Knochen zuerst mit Hilfe einer metallischen Ligatur, welche den Zwischenkieferknochen mit dem rechten Oberkieferknochen vereinigte, in der neuen Stellung erhalten; im Munde wurde die Fixation mit Hilfe einer an den Zähnen der beiden Seiten befestigten Gaumenplatte angestrebt. Der Apparat wurde durch 6 Monate ohne wesentliche Beschwerden gehalten, sodann entfernt; der Oberkieferknochen erwies sich als vollkommen befestigt, die Korrektur als tadellos, wie es das Gipsmodell zeigt (Fig. 3); mit Hilfe einer Plastik aus der Wange wurde auch die fehlende Oberlippe gebildet.« (Fig. 4.)

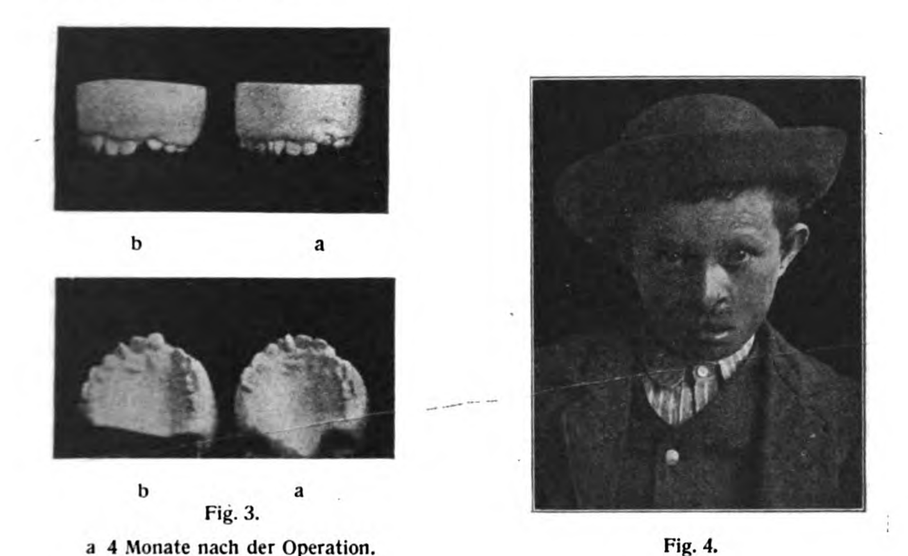


Fig. 3.
a 4 Monate nach der Operation.
b 6 Monate nach der Operation.

Fig. 4.

Die Vorzüge der Verkleinerung der Lücke bei der Gaumenspalte mit Hilfe der Annäherung der beiden Oberkieferknochen wurden in allen Fällen, wo die Methode von Brophy angewendet worden ist, erwiesen. Die Mobilisierung des Oberkiefers ist auch deswegen berechtigt, weil entweder einer oder beide Oberkiefer von ihrer normalen Lage abgekommen sind und durch die Mobilisierung wieder an die wichtige Stelle gebracht werden. In einigen Fällen ist die Verkleinerung der Knochenlücke auch notwendig (wie z. B. im Falle Helbing's); denn sonst könnte die Gaumenplastik infolge Mangel an Gewebe nicht ausgeführt werden. In dem von mir operierten Falle galt dies auch für die Lippenplastik. Bei älteren Kindern ist die Mobilisierung unbedingt notwendig, und dieselbe kann manchmal nur mit Hilfe einer blutigen Diszission des Knochens ausgeführt werden. Mein Fall, der erste, in welchem die blutige Mobilisierung des Oberkiefers zum Zweck des Verschlusses einer Gaumenspalte ausgeführt wurde,

beweist in einleuchtender Weise, daß die Operation ohne Gefahr ausgeführt werden kann und von großem Nutzen ist. Der Helbing'sche Fall bestätigt nochmals diesen Umstand. Mitunter kann die Mobilisierung auf beiden Seiten indiziert sein. In meinem Falle, wo bei der Schwere der Deviation eine weite Trennung des Oberkiefers an dessen infraorbitaler Portion und an deren Verbindung mit dem Processus pterygoideus notwendig war, hielt ich eine präventive Ligatur die Carotis externa für angezeigt — in den meisten Fällen wird man jedoch dieselbe entbehren können.

Mein Fall beweist ferner nach vielen Jahren post operationem: a. daß die blutige Mobilisierung des Oberkiefers zum Zwecke der Behandlung bei Gnatopalato-schisis eine definitive Korrektur der Deformität, sowohl endoral als auch vom kosmetischen Standpunkt aus zur Folge hat; b. daß diese Operation für das weitere Wachstum des resezierten Knochens und der Zähne keine nachteiligen Folgen hat, und daß im Gegenteil der Trophismus und die Form des Knochens infolge verbesserter Funktion auch besser werden; endlich kann man behaupten, daß auch in Fällen, wie der meine, wo eine weite Verlagerung zu einer ausgedehnten Entfernung der resezierten Knochenteile zwingt, die getrennten Knochen sich wieder vereinigen und ein rigides Ganzes bilden, wodurch ein Wiederauftreten der obnormen Verhältnisse unmöglich wird. Im Falle Helbing's waren schon nach 4 Wochen, auch bei Anwendung größerer Gewalt, Verlagerungen des mobilisierten Knochens nicht mehr möglich. In meinem Falle hingegen, vielleicht wegen der größeren Entfernung der Resektionsflächen und des Fehlens einer rigiden Verbindungsbrücke am Alveolarrande — welche im Helbing'schen Falle bestand — blieb das resezierte Stück noch lange beweglich; 2 Monate nach der Operation fühlte man deutlich die Beweglichkeit des Knochens, und nach 4 Monaten zeigte die Spalte, wenn man die künstliche Fixation der Zähne mit der Gaumenplatte entfernte, eine Tendenz zur Erweiterung. Nach 6 Monaten war dies nicht mehr der Fall, da sich beide Zahnbögen infolge der natürlichen plastischen Aktivität vollständig aneinander angeschmiegt hatten.

Mein Fall zeigt somit, wie eine stabile Vereinigung zwischen den Knochen und eine sichere und komplete Adaptierung der Teile nur langsam eintreten kann, wodurch eine lange Immobilisierung in der korrigierten Stellung sich als notwendig erweist.

Abgesehen davon bestätigt meine Beobachtung vollkommen die Behauptungen Helbing's.

Einen kleinen Unterschied in der Technik möchte ich nur noch erwähnen: ich hatte den Oberkiefer in dem zygomatischen und infraorbitalen Anteil durchtrennt, indem ich mit dem Skalpell durch einen kleinen in der Wange gesetzten Schnitt eindrang. Den Knochen in diesem Anteil vom Mund aus anzugehen — wie es Helbing tut —, scheint mir doch weniger günstig zu sein; denn dabei kann man die Führung des Skalpells nicht so gut beherrschen. Die nach der Inzision an der Wange zurückbleibende Narbe ist wohl bedeutungslos; ich glaube daß man keinen Grund, hat deswegen den einfacheren und gefahrloseren Weg aufzugeben.

II.

Handgriffe am Zwerchfell und Herzen für Thoraxoperationen.

Von
Dr. Hilmar Teske,
Chirurg in Plauen.

Für Thoraxoperationen ohne Druckdifferenzverfahren, die aus manchen Gründen noch vorkommen, sind Handgriffe zur Milderung der Pneumothoraxerscheinungen sehr wertvoll. Der bekannteste ist die direkte Fixation des Mediastinum oder die indirekte, mittels Zug an der Lunge, nach Murphy.

Es fehlte aber noch ein Handgriff, der sich schon vor der Eröffnung des Thorax anwenden läßt.

Für gewisse Fälle eignet sich das von mir angegebene Verfahren des künstlichen Hydrothorax. Betonen muß ich hier, daß hierdurch eine paradoxe, nicht, wie ich annahm, eine normale Atmung der freigelegten Lunge erzielt wird. Trotzdem wird, wie seiner Zeit angegeben, die Gesamtatmung ruhiger und tiefer. Die Scheu vor der Pendelluft (Brauer) ist, wie an anderer Stelle nachgewiesen werden soll, für die Dauer einer Operation wenig berechtigt, eher vielleicht beim Dauerzustande nach der früher geübten Entknochung des Thorax mit völliger Beseitigung des Periosts.

Der einfachste Handgriff beim Eröffnen des Thorax ist jedoch die Dehnung des Zwerchfells von außen durch Zug am Manubrium, wobei auch eine Dehnung und Fixation des Mediastinum erfolgt. (Ähnlich wie Unterdruckverfahren bei geschlossenem Thorax. Verwendung für Hirnoperationen?)

Die Wirkung der Thoraxerweiterung auf das Zwerchfell beweist schon die von Freund beobachtete Abflachung desselben bei faßförmigem Thorax, die von Kegelform sich bis zur Platte steigern kann.

Ich narkotisierte mehrmals Kaninchen tief mit Äther, klemmte dann eine Kocherklemme durch die Haut am Brustbein an und zog an demselben, bis die Ausatmung einen kräftigen Widerstand zu überwinden hatte. Eröffnete ich dann die rechte oder linke Thoraxhälfte, so wurde die Atmung, welche meist 100 in der Minute betrug, nicht häufiger, und man konnte ungestört operieren. Ließ ich die Klemme los, so wurde die Atmung meist unruhiger und häufiger, um etwa 20 Atemzüge in der Minute, und besonders bei linkseitigem Pneumothorax. In wenigen Fällen von letzterem, und öfter bei rechtseitigem machte das Loslassen der Klemme bei tiefer Narkose am Kaninchen mit seinem dicken Mediastinum keinen Eindruck. War die Narkose von Beginn unruhig und nicht zu vertiefen, so beruhigte der Zug am Mediastinum die Atmung, verringerte sie um 20—24 Züge in der Minute. Ich empfehle daher auch bei unruhiger Narkose am Menschen die Dehnung des Zwerchfells, etwa durch Zug an beiden Rippenbögen. Selbst habe ich hierzu keine Gelegenheit gehabt.

Bei meinen Tierversuchen legte ich den Hauptwert auf die Dehnung weniger des Mediastinum, als des Zwerchfells, um dessen zu große krafterschöpfende Exkursionen in den Pneumothoraxraum, besonders links, wo das hemmende Gewicht der Leber fehlt, zu verhüten.

Hat man den Thorax breit eröffnet, so kann man das weiterhin dadurch, daß man die Zwerchfellkuppe rhythmisch komprimiert und besonders der Exspirationsstellung derselben Widerstand bietet. Ich eröffnete ohne weitere Vorbereitungen an Kaninchen in tiefer Äthernarkose breit die linke Thoraxhälfte. Die Atmung wurde dann oberflächlich und betrug 120—128 in der Minute. Durch rhythmische Kompression der Zwerchfellkuppe mit der Kleinfingerspitze wurde die Atmung ruhiger, betrug etwa 100 in der Minute. Dasselbe zeigte sich bei Eröffnung der rechten Thoraxhälfte, falls hier, und zwar weit seltener (Lebergewicht), die Atmung unruhig war. War sie ruhig (100), so beeinflußte die Kompression weder die Zahl noch die Tiefe der Atmung wesentlich.

Bei Einführung der Fingerspitze von der Kopfseite des Tieres nach unten findet, bei den kleinen Raumverhältnissen des Kaninchens, auch das Herz eine seitliche Stütze an dem Finger. Witzel (bei Gross) hat, um das Flottieren des Mediastinum zu verhüten, einen großen Jodoformgazeballen in die Pleurahöhle seitlich ans Herz gelegt und dasselbe damit unwillkürlich gestützt. Wie sehr dasselbe eine Widerlage braucht, ergibt schon die Tatsache, daß nach Tigerstaedt das Schlitzen des Herzbeutels eine relative Insuffizienz der rechten Atrioventrikularklappe hervorruft. Wenn ich mit der Fingerspitze den linken Ventrikel, entsprechend der Herzarbeit, direkt rhythmisch stützte, wurde die beschleunigte Herzaktion langsamer und kräftiger, einen Einfluß auf die Atmung habe ich dabei nicht feststellen können.

Nach meinen Versuchen scheint man bei dickerem Mediastinum (Kaninchen, Mensch) durch Handgriffe am Zwerchfell allein die wesentlichen Gefahren des Pneumothorax während der Operation vermeiden zu können.

Zunächst also Zug am Manubrium, Eröffnung des Thorax, dann, nach Belieben, Fixation des Mediastinum nach Murphy oder, wenn Raum gebraucht wird, Spatelkompression der Zwerchfellkuppe und des Herzens bei kollabierter Lunge. Der Zug am Manubrium kann dann meistens fortfallen.

Letzterer wirkt im Anfange der Operation zunächst durch günstige Beeinflussung der mechanischen Verhältnisse. In zweiter Linie vermeidet man den augenblicklichen Atemstillstand bei der Thoraxeröffnung, dem ich einen großen Anteil für den Pneumothoraxshock zuschreiben möchte. Bei offener Stimmritze und statischem Zustande des Brustkorbes stellt sich die Spannung der Lungenluft sehr schnell mit derjenigen der Außenluft ins Gleichgewicht, bei der Atemtätigkeit erfolgt dieser Ausgleich nur allmählich. Da nun die Volumschwankungen der Lunge bei der Atmung die Vagusfasern erregen und die Atmungsphasen beeinflussen (Tiegerstaedt), muß beim Atmungsstillstand die Erregung besonders stark sein. Dafür spricht noch der Umstand, daß bei flacher Narkose und noch nicht erloschener Reflextätigkeit der Pneumothoraxshock bei weitem größer ist als in tiefer Narkose. Erweitert man ferner die Thoraxöffnung nur ganz allmählich, gestaltet die Volumschwankung der Lunge weniger brüsk, so ist der Shock geringer.

Literatur.

Gross, Erfahrungen über Pleura- und Lungenchirurgie. Bruns' Beiträge Bd. XXIV.

Freund, Über primäre Thoraxanomalien usw. Berlin 1906.

Teske, Der künstliche offene Hydrothorax zur Erhaltung der Lungenatmung bei Thoraxeröffnungen. Zentralbl. f. Chir. 1909. Nr. 6.

Tigerstaedt, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Leipzig 1905.

1) Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen.

6. Tagung zu Bremen am 12. November 1910.

Vorsitzender: Herr Sattler.

1) Herr Sattler (Bremen): Einleitende Bemerkungen zur Peritonitisbehandlung (Diskussionsthema).

Als Grundforderungen bei der Peritonitisbehandlung sind folgende vier Punkte aufzustellen:

1) Frühzeitiges Operieren,

2) Entfernen der Infektionsquelle,

3) Unterstützung des Organismus im Kampfe gegen Bakterien und Bakteriengifte,

4) frühzeitige Darmentleerungen.

Ad 1) In Bremen wird frühzeitig operiert.

Ad 2) Die möglichste Entfernung der Infektionsquelle ist allseitig anerkannt. Verschieden wird die Entfernung des Exsudats gehandhabt; ob Spülen, Tupfen oder Drainieren, alles hat im allgemeinen gleiche Resultate ergeben. Den Rehn'schen Vorschlag, die Abszeßhöhle zu drainieren und dann zuzunähen, hält S. nicht für praktisch (Bauchdeckenabszesse!). S. kommt mit den einfachsten Maßnahmen aus (Drainieren und mehrfache Inzisionen).

Ad 3) Narkose nach dem jedesmaligen Fall modifizieren — Kochsalzinfusion intravenös, subkutan und rektal — Joddesinfektion — Abkühlung nach Möglichkeit vermeiden durch warme Bäder und Wollhosen — zweckmäßige Lagerung nach Operation, so daß Inzision tiefster Punkt.

Ad 4) Möglich frühzeitige Darmentleerung durch Öleinlauf, dann Kochsalzeinläufe, kein Physostigmin, bei Darmlähmung Anlegung einer Darmfistel.

S. arbeitet seit Jahren nach diesen Prinzipien und ist damit zufrieden.

Diskussion. Herr Anschütz (Kiel): Die Grundsätze Sattler's sind im allgemeinen anerkannt. A. spült die Bauchhöhle aus und drainiert mit langen Glasdrains, verkleinert die Wunde durch Naht. Empfiehlt die permanente Drainage des Magens, wodurch das Brechen und damit die Blutdruckschwankungen aufhören. Bei Darmlähmung Enterostomien (selbst mehrfache). Empfiehlt wiederholt im Verlauf der Diskussion reichliche Kochsalzinfusion. (Adrenalin leistet nicht mehr.)

Herr Kümmell (Hamburg): Hauptsache ist die Entlastung; Art der Entfernung des Exsudats gleichgültig. Frühzeitige Operation. Über Enterostomien keine Erfahrung. K. spült den Magen häufiger aus, empfiehlt sehr die Kochsalzinfusion, 1500 ccm Minimum, bis zu 18 Liter in 24 Stunden. Drainage mit Dreesmann'schen Röhren.

Herr Goebell (Kiel): Maßgebend ist die Ätiologie der Peritonitis. Gonorrhoische möglichst konservativ behandeln. Emfiehlt Spülung der Bauchhöhle, Kochsalzinfusion und das von Sick empfohlene Jodipin. Keine Glasdrains, keine Kampferölinjektionen. G. ist Anhänger der Enterostomie und der permanenten Magenausheberung.

Herr Schlange (Hannover) empfiehlt die Enterostomie, hat von Kochsalzinfusionen keinen besonderen Erfolg gesehen, macht die permanente tropfenweise Kochsalzeingießung in den Darm.

Herr Roth (Lübeck) hat 28,8% Todesfälle bei diffuser Peritonitis nach Appendicitis ohne Spülung, empfiehlt Enterostomie und permanente Magen-

drainage und rektale Kochsalzapplikation; hat von Kochsalzinfusionen nach Kümmell nichts Günstiges gesehen.

Herr Sudeck (Hamburg) empfiehlt Spülung der Bauchhöhle.

Herr Roth (Lübeck): Dauernder Nutzen von Kochsalzinfusionen tritt nicht ein, nur momentaner Erfolg.

Herr Göbell (Kiel) hat nach intravenösen Infusionen plötzliche Todesfälle gesehen.

Herr Mertens (Bremen): Lagerung nach der Operation gleichgültig. Das richtig drainierte Exsudat entleert sich stets nach der Stelle des niedrigeren Druckes.

Herr Groß (Bremen) empfiehlt die Magenfistel. Keine Schlauchausheberungen des Magens, keine Enterostomie, empfiehlt Kochsalzinfusionen.

2) Herr Sattler (Bremen): Einleitende Bemerkungen zum Thema: Chirurgische Schnitte und Nähte.

Hautschnitte sind möglichst in die Langer'schen Hautfalten zu legen. S. schlägt vor, die Richtung der tieferen Schnitte nicht nach der Körperachse, sondern nach der Anatomie der Körpergegend zu bezeichnen und Schonung der Nerven. Empfiehlt seine Achternaht mit Aluminium-Bronzedraht statt der Schichtennaht mit versenktem Material. Die Achternaht ist rasch anzulegen, schont die Gewebe und ist gut zu entfernen, die Narben sind so gut wie bei der Schichtnaht.

Herr Kümmell (Hamburg): Die Sprengel'sche Wertlegung auf die Schnittrichtung ist unnötig. Hauptsache ist exakte Fasciennaht. Für die Hautnaht empfiehlt er Michel'sche Klammern.

Herr Ringel (Hamburg) näht Peritoneum, Muskel und Fascien mit Catgut, dann Achternaht von Haut und Fascie.

Herr Schlange (Hannover): S. will die Muskelnerven schonen, fragt an, was aus der Muskellähmung infolge Durchschneidung des Nerven wird.

Herr Roth (Lübeck) hat Lähmung und Atrophie der Muskeln gesehen ohne Hernienbildung.

Herr Jenckel (Bremen) hat Rectusatrophien beobachtet bei dem Wellenschnitt nach Kehr.

3) Herr Schüssler (Bremen): a. Vorstellung einer operativ behandelten spastischen Paraplegie bei Spondylitis tuberculosa.

Die wenig ermutigenden Resultate der Laminektomie bei Spond. tub. sowohl quoad vitam als auch quoad functionem geben mir Veranlassung, einen Fall vorzustellen, der nicht nur von seiner Tuberkulose, sondern auch von seiner schweren Rückenmarkserkrankung befreit wurde. Es handelt sich um einen Mann von jetzt 36 Jahren, der, erblich nicht belastet, während seiner Militärdienstzeit (1894/95) vom Tornistertragen eine schwere chirurgische Tuberkulose akquirierte. Nach einjähriger Behandlung wurde Pat. als Militärinvalide 1896 nach Hause entlassen. Von da an nie gesund; es entwickelte sich bis Oktober 1905 eine schwere spastische Paraplegie, derentwegen Pat. infolge plötzlich gesteigerter Beschwerden am 13. Oktober 1906 in meiner Privatklinik operiert wurde. Die Operation war sehr erschwert, einmal dadurch, daß wegen sehr aufgetriebenen Leibes die Operation in Seitenlage durchgeführt werden mußte, und ferner deshalb, weil ein großer Abszeß von 16 cm im Durchmesser die erkrankte Wirbelpartie überlagerte. Es zeigte sich nun, daß in diesem Falle die Wirbelbogen des VII. und VIII. Dorsalwirbels der Ausgangspunkt gewesen und gegen die Medulla durchgebrochen

waren. Beide Wirbelbogen wurden entfernt. Die ganze große Wunde wudre mit 5%iger Vioformgaze austamponiert und später durch sekundäre Naht verkleinert. Sie heilte bis Weihnachten ohne Fieber. Schwieriger als die Wundbehandlung gestaltete sich die Behandlung der spastischen Paraplegie. 5 Tage p. op. konnte Pat. die beiden Füße aktiv dorsal flektieren, fast bis zum rechten Winkel. Jeder Versuch, darüber hinaus zu flektieren, löste sofort einen heftigen Klonus aus. Nach 3 Wochen noch derselbe Zustand; ebenso bestanden die Steifheit und Lähmung der Beine noch fast unverändert fort. Ich unterwarf daher den Pat. der Behandlung nach Faure. Dieselbe besteht darin, daß man durch passive Bewegungen die Kontrakturen ausgleicht und dann willkürliche Bewegungen machen läßt. Die Methode erwies sich als gangbar, war aber sehr mühsam. Erst nach einigen tausend forcierter Dorsalflexionen der Füße hörte der Fußklonus auf. Nach ca. 6monatiger Behandlung konnte Pat. 100 Schritte ohne Stock wie ein Gesunder gehen. Er hat sich von Jahr zu Jahr weiter gebessert, so daß ich ihn heute, 49 Monate p. op. als geheilt vorstellen kann. Ich bitte, sich von der ausgezeichneten Beweglichkeit der Wirbelsäule zu überzeugen.

b. Demonstration eines Duodenostomiepräparates.

Das Präparat stammt von einem Manne von 56 Jahren, der im Sommer 1893 zu mir kam mit einer karzinösen Striktur der Cardia, die nicht mehr passierbar war. Pat. war beinahe verhungert. Ich machte sofort die Gastrostomie nach Frank. Dieselbe besteht bekanntlich darin, daß man den Schnitt parallel dem linken Rippenbogen legt, aus der vorderen Magenwand einen Zipfel aus dem Peritonealschlitz zieht, die Basis desselben damit einnäht, ca. 4 cm oberhalb des ersten Schnittes über dem Rippenbogen einen zweiten kurzen Schnitt legt, die Haut zwischen beiden Schnitten stumpf unterminiert, den Magenzipfel unter der Hautbrücke durchzieht, die Spitze des Zipfels abschneidet und die Öffnung in die Hautwunde einnäht. Ich tat nun noch ein übriges, indem ich den Magenzipfel vor dem Durchziehen unter der Hautbrücke noch so um seine Längsachse drehte, daß die untere Fläche nach oben sah. Die Heilung erfolgte glatt, die Funktion der Fistel war eine ganz vorzügliche, sie war und blieb durchaus trocken. Beim Einnähen der Spitze waren mir aber doch Zweifel gekommen, ob ich den Magen oder die Pars horizontalis duodeni gefaßt hätte. Nach 4 Monaten erfolgte der Tod an innerer Verblutung. Die Sektion ergab nun, wie das Präparat zeigt, daß sich die Fistel aus der Pars horizontalis duodeni gebildet hatte: Ein mit der äußeren Magenwand verwachsener Kanal von 8 cm Länge — am frischen Präparat war er noch länger — führt von der über dem Rippenbogen gelegenen Hautfalte aus in das Duodenum. Die Nahrung hatte also ihren Weg zuerst ins Duodenum und von da durch den Pylorus in den sehr ausgedehnten Magen genommen.

4) Herr Gehle (Bremen) berichtet über einen Fall von Leberabszeß, der von einem jetzt 37jährigen Manne in den Tropen vor ca. 10—15 Jahren (nach Malaria oder Dysenterie) erworben war. Gesund heimgekehrt, erkrankte er Mitte Januar 1910 an influenzaähnlichen Erscheinungen; am 3. Tage nach mehrstündigen Dampfbädern heftigen Schmerz im Leibe, besonders rechts unten (vor Jahren viermal »Blinddarmentzündung«). Ileocoecalgegend äußerst druckempfindlich, Temperatursteigerung, Puls 120, schweres Krankheitsbild. Eröffnung der Bauchhöhle mit Schrägschnitt; Appendix, nach oben geschlagen, ist an das Coecum angelötet. Bauchhöhle voll flüssigem Blute, besonders in der Lumbalgegend, sorgfältigste Absuchung läßt die Ursache nicht finden. Pat. erholt sich von seinem Kollaps am ersten Tage, kollabiert aber am zweiten und stirbt. Die Sektion

ergibt in der Leberkuppe einen hühnereigroßen Abszeß mit buchtiger Wand (Inhalt wohl steril), in welchen hinein eine Blutung stattgefunden hatte, die das Peritoneum erst abhob und dann in die Bauchhöhle perforierte. Keine Peritonitis.

Demonstration der Leber.

5) Herr Merkens (Oldenburg): a. Brustquetschung, Lungenzerreißung, Lungennaht, Heilung.

M. stellt ein Mädchen von 5 Jahren vor, das eine schwere Lungenverletzung erlitten hatte. Es war aus dem II. Stockwerk ca. 7 m heruntergestürzt auf das platte Dach einer Fahrradwerkstatt, hatte ein im Dach befindliches Glasfenster durchschlagen, war in der Werkstatt auf eine Stange aufgefallen und wurde dann halb bewußtlos, auf Rädern liegend, aufgefunden. Ein herbeigerufener Arzt fand keine äußere Verletzung, veranlaßte aber Überführung in das Krankenhaus. M. sah das Kind 3 Stunden nach der Verletzung. Der Puls war klein, 140 in der Minute, Schleimhäute sehr blaß, äußerlich keine Verletzung. Der Leib war weich, eine intraabdominelle Blutung nicht nachweisbar. Das Kind lag teilnahmslos da, ab und zu ein kleiner Hustenstoß, wobei eine Spur Blutes zum Vorschein kam. Bei der Untersuchung der Brust fand man rechts hinten unten eine ausgesprochene Dämpfung und Abschwächung des Atmengeräusches. Die Punktion ergab Blut. Diagnose: Lungenzerreißung, möglicherweise auch Zerreißung des Zwerchfells und der Leber. Der Puls wurde schnell schlechter und schlechter, das Kind war dran, zu verbluten. Daher schleunige Operation in leichter Narkose. Resektion von drei Rippen; aus der eröffneten Pleurahöhle stürzte eine Masse Blut hervor. M. machte die Öffnung so weit, daß er mit der Hand in die Pleurahöhle hineinfassen konnte. Es zeigte sich auf der Rückseite des Unterlappens ein 5—6 cm langer, klaffender Riß. Der Unterlappen fühlte sich an wie ein blutgetränkter Schwamm. Naht des Risses mit mehreren tiefgreifenden Catgutnähten, Austupfung der Pleurahöhle; das Zwerchfell war intakt. Reposition der Lunge, Annähung derselben an die Pleura costalis, Verschluß der Thoraxwand bis auf eine kleine Öffnung, durch welche ein Tampon auf die Lungennaht eingeführt wurde. Fester Verband. In den nächsten Tagen war das Kind sehr elend und fieberte etwas, doch besserte sich der Puls, der bei der Operation kaum fühlbar gewesen ist. In der Umgebung der Wunde bildete sich ein leichtes Hautemphysem; im ganzen ging die Heilung ohne Störung von statten. Aus der Wunde nur geringe Sekretion. Im Verlaufe von 7 Wochen vollständige Heilung.

Vorstellung der Pat. Bei der Inspiration sieht man eine starke Einziehung an der Stelle, wo die Rippenstücke fehlen. Das Röntgenbild zeigt, daß die IX. bis XI. Rippe reseziert wurde. Die rechte Lunge scheint auf dem Bilde weniger lufthaltend. Dem entsprechend ist der Perkussionsschall gegenüber der linken Lunge in ganzer Ausdehnung etwas gedämpft und das Atemgeräusch abgeschwächt. Das Kind fühlt sich vollkommen wohl.

b) Demonstration eines großen Gallensteins.

M. demonstriert einen Gallenstein (Cholestearinstein) von walzenförmiger Gestalt. Länge 2 cm, Umfang $8^1/_2$ cm. Die beiden Enden sind glatt und konkav, zum Zeichen, daß Steine von ähnlicher Größe angelagert gewesen sind. Der Stein wurde aus dem Mastdarm eines 68jährigen Herrn entfernt, der früher öfter und lange von Gallensteinkoliken und Störungen der Stuhlentleerung geplagt worden war. Der Stein kann entweder durch Perforation in den Magen-Darmkanal gelangt sein oder auch den Choledochus passiert haben. Da M. bei Choledochotomien gelegentlich eine sehr starke Erweiterung des Choledochus beobachtet

hat, hält er es für möglich, daß auch Steine von der gezeigten Größe auf natürlichem Wege abgehen.

c. Demonstration eines versteinerten Ovariums.

Das Gebilde hat eine höckerige Oberfläche und die Form eines Ovariums beibehalten. Es ist länglich rund, 4 cm und $3^1/_2$ cm, hat eine Dicke von $2^1/_2$ cm und wiegt 42 g. Bei der ersten Untersuchung fand M. diesen steinharten Körper in der Mittellinie zwischen dem oberen Teil der hinteren Scheidenwand und Mastdarm liegend. Bei Druck von der Scheide aus entschlüpfte er in den Bauchraum. Die bimanuelle Untersuchung von der Scheide und den Bauchdecken aus machte es wahrscheinlich, daß es sich um ein degeneriertes Ovarium handele. Exstirpation von einer kleinen Laparotomie aus. Da der Stiel sehr dünn war, hätte er später möglicherweise reißen können. Dann hätte sich dieser Stein frei in der Bauchhöhle befunden. Bei der Seltenheit des Vorkommens steiniger Gebilde in der freien Bauchhöhle ist es jedenfalls wichtig, an die Möglichkeit dieser Herkunft zu denken. Kalkablagerungen in Ovarialtumoren kommen ja häufig vor, doch scheinen versteinerte normale Ovarien sehr selten zu sein. Es ist ja allerdings möglich, daß auch hier der Versteinerung eine pathologische Veränderung des Organs vorausgegangen ist.

6) Herr Gross (Bremen) bespricht das Krankheitsbild der abdominellen Elephantiasis.

Die erste ausführliche Mitteilung rührt her von dem Franzosen Vulpian, der Mitte der 50er Jahre über eine Beobachtung berichtet, bei der das abdominelle Zellgewebe in eine 2 cm dicke Schwielenmasse umgewandelt war; die Identifizierung der Affektion war durch Verdickung der Hautbedeckung im typischen Bilde der Elephantiasis der Bauchdecken, der Beine und des Scrotum gegeben. Wie hier, so nahm Verf. auch für das abdominelle Zellgewebe einen Entzündungsherd an, der durch Abschwemmung mit Lymphe und Chylus aus deren ektasierten Räumen zustande komme. Das Krankheitsbild ist vergessen. G. rechnet hierher die Fälle von Quincke-Langhans, Heller, Rabinowitz, Bernstein-Priece u. a. Charakteristisch sind Trübung und Verdickung der Serosa auch im Überzug der Organe, Schwielenbildung im Mesenterium und Adhäsionen oft ganz diffuser Natur. Neben dieser diffusen Form stellt Vortr. eine zirkumskripte oder partielle auf, die, wie die diffuse, oft mit chylösem Ascites (Transsudation aus der zugrunde liegenden Ektasie der Chylusgefäße) einhergeht. Die eigenen Beobachtungen betreffen einen Tabiker mit ausgedehnter Adhäsions- und Schwielenbildung der linken oberen Bauchgegend und ein Chylangiom mit ausgedehntem fibrösem Lager, wie in einem Falle Wiesinger's. Lymph- und Chylektasien in der Darmwand können in letzterer entzündliche Vorgänge und als ihr Produkt Bindegewebs- und Schwielenbildung hervorrufen mit Verengerung der Lichtung (fibröse Striktur). Unter Hinweis auf Arbeiten aus dem früher Chiari'schen pathologischen Institut in Prag, die die Häufigkeit mikroskopisch nachweisbarer Chylektasien in Darmwand und Mesenterium ergaben, möchte Vortr. die Aufmerksamkeit auf den eventuellen Zusammenhang mit Stauungsvorgängen in den Lymph- und Chylusspalten lenken.

b. G. berichtet unter Demonstration der beiden ersten Kranken über zwei Fälle von Zwerchfelltuberkulose, die durch Operation geheilt wurden. Im ersten handelte es sich um einen 6jährigen Jungen mit einem fünfmarkstückgroßen, käsigen Herd in der rechten Zwerchfellkuppe, der mittels eines 8.cm langen Ganges mit einem als Rippenkaries imponierenden Herd der Brustwand in Verbindung

stand; im zweiten um einen Mann, der in sehr desolatem Zustande mit einem Abszeß der rechten Oberbauchgegend zur Aufnahme kam. Die Diagnose wurde auf Ulcus perfor. duodeni (?) gestellt; die weitere Beobachtung stellte in Verfolgung eines restierenden Fistelganges und Resektion des Decken- und Rippendaches fest, daß in der rechten Parasternallinie ein fingerkuppenartiger scharfrandiger, den Muskel nicht ganz durchsetzender tuberkulöser Herd des Zwerchfells vorlag.

c. Des weiteren berichtet Vortr. unter Demonstration von Abbildungen ausführlicher über einen dritten Fall von Zwerchfelltumor (Fibrosarkom), dessen Exstirpation die umfangreichste Resektion des Zwerchfells, die bisher ausgeführt wurde, bedingte; das Eindringen der Geschwulst in Lungen und Herzbeutel machten auch hier größere Exzisionen notwendig. Die Deckung des mannskopfgroßen Defektes gelang nach Fortnahme der VI.—X. knöchernen Rippe. Heilung. Tod nach $^1/_2$ Jahr an Rezidiv bzw. Metastasen, die das Rückenmark betrafen, Paraplegie. Untersuchungen an Leichen ergaben, daß ausgiebige Fortnahme der Brustwand bis zu den knorpeligen Rippenenden ausschließlich die Schließung jedes in Betracht kommenden Zwerchfelldefektes ermöglicht.

7) Herr Preiser (Hamburg) bespricht einige Fälle der zuerst von Stieda-Bergemann und dann von Haenisch näher beschriebenen rötgenschattengebenden Bursitis subacromialis an der Hand von elf Diapositiven. Zwei Fälle, die sich einer regelmäßigen Behandlung nicht unterzogen, blieben ungeheilt; bei drei anderen behandelten Fällen ist der Schatten im Röntgenbilde, ebenso wie die klinischen Beschwerden völlig verschwunden. Der eine dieser Fälle betrifft einen 51jährigen Arzt (vgl. Anhang bei Haenisch, Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI), bei dem sich im Laufe von 4 Jahren der Schatten unter Zunahme der Schulterschmerzen ständig vergrößert hatte. Eine mehrwöchige medikomechanische Behandlung mit Massage, Heißluft und heißen Umschlägen des Nachts ließen die klinischen Beschwerden völlig verschwinden. Eine Nachuntersuchung nach 2 Monaten zeigte, daß auch der Bursitisschatten verschwunden war; auf der gesunden Seite ist jedoch ein leichter Schatten vorhanden, ohne Beschwerden. Bei einer zweiten Pat. bestand beim Eintritt in die Behandlung eine »Einklemmung« (spastisch fixierte Schulter); nach wenigen Tagen bereits gute Beweglichkeit des Armes; nach mehrwöchiger Behandlung völlige Beschwerdefreiheit; eine Kontrollaufnahme nach $2^1/_2$ Monaten ergibt ein Schwinden des Schattens bis auf zwei kleine erbensgroße Reste. — Bei einem dritten Fall, ebenfalls mit Einklemmungserscheinungen, wurde das Gelenk nach wenigen Tagen frei beweglich; nach $^1/_4$ Jahr Rezidiv; jetzt schwand der Schatten bereits im Verlaufe einer Woche völlig.

8) Herr Borrmann (Bremen): Demonstration eines großen Rippenenchondroms.

9) Herr Jenckel (Bremen): Zur Behandlung der Nephrolithiasis.

Der von Sir Henri Morris in der Septembernummer des Practitioner aufgestellte Satz, daß nur durch die Röntgenstrahlen die Diagnose Steinniere sicher zu stellen sei und nur dann operiert werden soll, wenn ein deutlicher Steinschatten im Röntgenbild nachzuweisen ist, kann in dieser Form und Fassung nicht akzeptiert werden. Wohl ist die Röntgenographie ein äußerst wichtiges diagnostisches Hilfsmittel, das bei Verdacht auf Steinniere stets angewandt werden soll, aber

die klinische Untersuchung darf doch daneben nicht vernachlässigt werden, und ein negativer Röntgenbefund ist bei sonst vorhandenen Symptomen kein Grund, die Operation zu unterlassen.

Als Operationsmethoden kommen bei der Steinniere in Betracht die Pyelotomie, die Nephrolithotomie und die Nephrektomie. Die Pyelotomie hat wegen der Einfachheit der Ausführung und geringen Beschädigung des Organs etwas Bestechendes für sich, sie bietet jedoch keine genügende Übersicht über Nierenbecken und Nierenkelche, in denen sehr oft die Konkremente liegen und ist infolgedessen im allgemeinen zu verwerfen, zumal leicht Fisteln zurückbleiben, die unangenehme Störungen verursachen. Die beste Methode ist die Nephrotomie und Extraktion der Konkremente. Bei eitrigen Prozessen jedoch mit starken destruktiven Veränderungen des Nierenparenchyms kommt die Heilung am schnellsten und sichersten durch die Nephrektomie zustande, sofern durch die funktionelle Nierendiagnostik das Vorhandensein und die normale Funktion der zweiten Niere sichergestellt ist. Nur bei sehr heruntergekommenen septischen Individuen, bei denen es darauf ankommt, schnell die toxischen Substanzen aus der Niere zu entfernen, und bei denen wegen ausgedehnter Verwachsungen die sofortige Exstirpation nicht ausführbar ist, soll zuerst durch Nephrotomie für Entleerung des Eiters nach außen Sorge getragen und später in zweiter Sitzung die Niere entfernt werden. Bei Anurie soll möglichst bald die Nephrotomie gemacht werden. Findet sich ein Stein im Ureter als Ursache der Harnretention, so ist es ratsam, nicht nur den Ureter zu inzidieren und den Stein zu entfernen, sondern in allen Fällen die betreffende Niere genau zu untersuchen. Der Nachweis von Steinen in einer Niere ist kein Grund, die Exstirpation der zweiten Niere wegen Pyonephrose, Tuberkulose, Tumor nicht auszuführen, sofern die Funktionstüchtigkeit der ersteren erwiesen ist.

Diskussion: Herr Göbell (Kiel) empfiehlt den röntgenschattengebenden Ureterenkatheterismus zur Diagnose der Uretersteine.

Herr Kümmell (Hamburg): Nierensteine dürfen auf dem Röntgenbilde nicht mehr übersehen werden. Die Nephrotomie ist für Nierensteine die beste Operationsmethode. Nachteilig sind die Spätblutungen hierbei. Die Pyelotomie ist nur in den Fällen brauchbar, wenn der Stein im Becken sitzt; Fistelbildung ist selten, wenn die Ureterpassage frei ist. Bei Anurie soll auf die zuletzt verschlossene Niere eingeschnitten werden.

Herr Jenckel (Bremen) hat bei Pyelotomie Fisteln gesehen, empfiehlt die Nephrotomie, weil man bessere Übersicht über Kelch und Becken hat.

10) Herr Blendermann (Bremen) demonstriert eine von Dr. Gross im Juli 1908 wegen tuberkulösen Lungeninfarktes operierte Kranke. Bild einer Brustwandaffektion; nach der Resektion der IV.—VII. Rippe mit Pleura parietalis fand sich auf der Pleura pulmonalis eine zirkumskripte frische Tuberkeleruption und in ihrem Zentrum ein tuberkulöser Lungeninfarkt mit typisch keilförmiger Gestalt, mit der Basis nach der Lungenoberfläche. Exzision des Infarktes und der umgebenden Lungenpartie, Lungennaht, glatte Heilung. Die erkrankte Lunge ist jetzt nach 2 Jahren ohne jeglichen pathologischen Befund. Pat. ist sehr wohl, hat 30 Pfund zugenommen. Geringer Katarrh auf der linken Lunge.

Erörterung der Genese des Infarktes.

11) Herr Grahl (Bremen) stellt einen Pat. mit geheilter chronischer Pankreasfettgewebsnekrose vor, der anfangs 1910 von Dr. Gross operiert wurde. Der größte Teil des Pankreas hatte sich als nekrotisch abgestoßen, der Urin ist zurzeit frei, Allgemeinbefinden gut. Im Anschluß daran werden zwei weitere Fälle von chronischer Pankreatitis erwähnt, von denen der eine gleichfalls geheilt entlassen wurde. Bei dem anderen ergab die Sektion (Tod an Pleurainfektion) Ausheilung der Pankreasaffektion und nur noch einige Fettgewebsnekrosen. Als vierter Fall wurde in diesem Jahre eine akute Pankreasfettgewebsnekrose auf dem Sektionstische festgestellt bei einer Pat., die wegen Magengeschwür operiert war. Nach Vernähung des Defektes war das Pankreas durch einige durchgreifende Nähte gefaßt zur Sicherung der Sutur. Nach 2 Tagen Tod unter rapidem Verfall; an der Operationsstelle typische Nekrosen — experimentelle Fettgewebsnekrosen. In allen vier Fällen wurde die Diagnose mikroskopisch bestätigt.

12) Herr Dietz (Bremen) berichtet aus der Abteilung von Dr. Gross über einen Fall von Cholecystitis sine concremento. Sie entwickelte sich im stürmischen Bild, 8 Tage nach Appendicitis infectiosa. Eröffnung der Gallenblase ergibt dünnflüssigen Eiter bei hochgradiger entzündlicher Durchtränkung der Wandung (kulturell: Bakt. coli). Weiter kam es zur Bildung von Leberabszessen, an denen Pat. schließlich zugrunde ging. An der Hand dieses Falles wird auf die Beziehungen zwischen Appendicitis und Cholelithiasis hingewiesen.

13) Herr Strassburg (Bremen) stellt einen Pat. vor mit ausgedehnter sarkomatöser Entartung des Zahnfleisches am Ober- und Unterkiefer, die unter Röntgenbehandlung sehr gut zurückgegangen ist.

Ferner einen Mann, der vor ca. $^1/_2$ Jahre mit einem großen Tumor am Zungengrunde in die Klinik kam. Operation wurde abgelehnt. Der Tumor ist jetzt unter symptomatischer Behandlung vollständig zurückgegangen (keine Lues!).

14) Herr Steimann (Bremen): Ausgedehnte Knochenplastik am Humerus (cyst. Enchondrom).

Vorstellung eines 17jährigen Schülers, bei dem vor 20 Monaten wegen ausgedehnten cyst. Enchondroms des rechten Oberarms die zwei oberen Drittel des Humerus reseziert bzw. exartikuliert wurden (Dr. Sattler). In das untere Drittel des Humerus wurde ein 15 cm langer, derber Span aus der rechten Tibia mitsamt dem Periost fest eingekeilt und lose in die Gelenkpfanne eingefügt. Nach anfänglicher Fistelbildung kam es endlich zur völligen Einheilung des Spanes. Der Unterarm ist völlig gebrauchsfähig, die Oberarmmuskulatur hat noch keinen festen Zusammenhang mit dem Span gewonnen. Der Arm wird um 45° seitlich abduziert und ebensoweit nach vorn erhoben. Passiv freie Beweglichkeit des Schultergelenks (Schlottergelenk). Demonstration der Röntgenbilder. Von unten her beginnt sich ein neuer Humerusschaft um das Transplantat zu bilden. Der Defekt in die Tibia ist völlig ersetzt.

Als nächster Versammlungsort wurde Hamburg-Eppendorf gewählt.

König (Greifswald).

2) **J. Mackenzie. Krankheitszeichen und ihre Auslegung.** Herausgegeben von Joh. Müller (Nürnberg). 200 S. 5 Mk. Würzburg, Krabitsch, 1911.

Der Herausgeber hat sich durch die sehr gut gelungene Übersetzung des Werkes des auch in Deutschland hochgeschätzten englischen Klinikers ein Verdienst erworben; mit Recht betont er, daß die durchaus neue geistvolle Erklärung der Symptome bei Eingeweideerkrankungen, welche die Beziehungen der sympathischen Nerven zum zerebrospinalen System zur Grundlage hat, wenn auch noch teilweise den Charakter einer Hypothese tragend, höchst anregend und fördernd auf die klinische Beobachtung wirkt. Am ausführlichsten sind die Symptome von seiten des Herzens und des Verdauungsapparates analysiert; dadurch wird die Lektüre auch für den Chirurgen zu einer nutzbringenden.

Lessing (Hamburg).

---

3) **Brickner, Moschkowitz, Hays. 700 diagnostisch-therapeutische Ratschläge für die chirurgische Praxis.** Deutsche Übersetzung nach der 3. amerikanischen Auflage von Dr. Ernst Schümann. 153 S. 4 Mk. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1910.

Durch die gute deutsche Übersetzung wird das Büchlein, dessen Vorzüge bereits in dieser Zeitschrift (1909, p. 929) gewürdigt sind, sich auch in Deutschland Freunde erwerben. W. V. Simon (Breslau).

---

4) **S. Sofoteroff. Zur Frage der Gefäßnaht.** Aus dem Laboratorium der chirurg. Pathologie u. Therapie der Tomsker Universität. Dissertation 1910.

Die moderne Gefäßchirurgie begann mit dem Studium der verschiedenen Arten von Naht, um festzustellen, welche von diesen am besten imstande ist, das Gefäß mit normaler Durchgängigkeit seiner Lichtung zu heilen. Und den laboratorischen Versuchen danken wir all die wesentlichen Errungenschaften, welche wir jetzt in der Lehre über die Gefäßnaht besitzen; ebenso wie ihnen die ausschlaggebende Bedeutung in der Abschätzung der Tauglichkeit der empfohlenen Arten von Gefäßnaht zukommt.

Diese Experimente zur Gefäßnaht kann man einteilen in drei Hauptgruppen: I. Einfache Naht, d. h. jene, die ohne irgendwelche besondere Hilfsmittel (wie z. B. Prothesen usw.) ausgeführt wird, allein durch das unmittelbare Aneinanderbringen der Ränder der Gefäßwunde, sei es durch fortlaufende, sei es — seltener — durch Knopf-, auch Matratzen- und U-förmige Naht usw. II. Invaginationsnaht nach Murphy. III. Prothese nach Payr.

Aus der uns erreichbaren diesbezüglichen Literatur haben wir folgende Resultate über die experimentelle Anwendung der verschiedenen Gefäßnähte gesammelt:

Arten der Naht	Zahl der Experimente	% normaler Durchgängigkeit	% der Thrombosis	% der Verengerung
Murphy	90	15,54	56,61	25,53
Payr	96	17,68	71,76	4,16
Einfache Naht	352	49,84	24,92	8,12

Danach können die Nahtarten von Murphy und Payr, da sie nur in 16—17% normale Durchgängigkeit geben, im Sinne der Erhaltung der Gefäßlichtung keine große Anwendung finden, im Vergleich mit der Methode der einfachen Naht, wo dieser Erfolg, sogar bei einer Sammelstatistik = 49,84% gibt.

Unsere Schlußfolgerungen in diesem Sinne stimmen überein mit den Ansichten der Verfasser, welche mit allen drei eben verglichenen Arten der Gefäßnaht gearbeitet haben (Jensen, Faykiss). Für den Vorzug der einfachen Naht vor allen anderen sprechen sich nicht weniger bestimmt auch Garrè, Carrel, Lejars, Delbet, Tuffier, Smith, Krüger, Monot und Vanverts u. a. aus.

In der Praxis ist die Anwendung der Magnesiumprothese von Payr, wie die des Invaginationsverfahrens von Murphy mit ernsten Schwierigkeiten verknüpft. So kann z. B. die Prothese Payr's nicht gleich zur Hand sein, wie es bei uns der Fall war, oder überhaupt im Besteck des Chirurgen fehlen. Der Gebrauch der Methode Murphy's aber setzt Vertrautsein mit bestimmten, immerhin nicht leichten Handgriffen voraus und spezielle technische Fertigkeit in der Anwendung eben dieser Methode. Die Hauptsache ist die, daß ein analoger Versuch unter Verwendung von Prothesen in der Bauchchirurgie (der Knopf Murphy's und seine Abarten) überzeugend bewiesen hat, daß die gewöhnliche zirkuläre Naht rationeller ist und allen Anforderungen der Chirurgie entspricht.

Die von uns vorgenommenen Experimente mit der einfachen fortlaufenden Naht bestätigten unsere Annahme betreffs ihrer Vorzüge, und gaben uns andererseits die Möglichkeit, eine ganze Reihe von Schlußfolgerungen zu ziehen über die Frage des Heilungsprozesses der Gefäßwunden, des Schicksals der Naht und desjenigen der Elemente der Gefäßwand.

Das Studium begannen wir mit der Aufklärung der physischen Eigenschaften der Knopfnaht: wie starken Druck im Innern des Gefäßes diese Naht verträgt, wieweit sie also die Blutung aus der vernähten Wunde verhindert.

Wir machten 14 Experimente an frisch amputierten Gliedmaßen (12 an Venen und 2 an Arterien). Den Gefäßen (Aa. poplitea, femoralis, Vv. saphena major, poplitea) wurden Wunden beigebracht. Längswunden von 2—5 cm; Rißwunden von 1 cm Länge und Querwunden. Die Wunden wurden mit Knopfnaht durch alle Schichten mittels Seide (Durchmesser 0,13), Leinen (0,15) und Frauenhaar (0,06—0,07) geschlossen. Die runden Nadeln hatten 0,50 und 0,35 Durchmesser. Dann in das zentrale Ende des Gefäßes eingeführtes Wasser begann stets erst bei einem Drucke von 250 cm Wasser (185—190 mm Hg) zwischen den Nähten durchzudringen. Die Nähte, sowohl die Knopfnähte wie auch die fortlaufenden (Kontrollnähte) rissen nicht, hielten vielmehr solchen Druck aus. Entsprechende Versuche bei Tieren bestätigten die Schlüsse unserer Versuche an Leichen.

Die zweite und bedeutend größere Serie von Versuchen wurde gemacht zum Studium des histologischen Prozesses der Verheilung von Gefäßwunden.

Dabei ergab sich, daß die Intima der Gefäße und Peritoneum gleich starke plastische Eigenschaften besitzen, welche sehr wichtig sind für die Regeneration der Elemente, wie auch zum Zwecke der Heilung verletzter Gebiete. Dem entsprechend müssen auch alle Manipulationen mit der Gefäßwand mit derselben pedantischen Asepsis und delikaten Technik durchgeführt und alle unnütze Traumatisierung ängstlich vermieden werden. Alle provisorischen Pinzetten, wie auch das Ausdrücken des Blutes und der Gerinnsel aus der Gefäßlichtung und andere ähnliche Handhabungen muß man ausschließen, will man Thrombenbildung möglichst fernhalten.

Wir benutzten provisorische Ligaturen und dünne Gummischläuche, die unter

dem Gefäße durchgeführt und angezogen wurden und erhielten so bei allen Versuchen eine sichere Blutstillung. Das Gefäß wurde nicht unnütz traumatisiert, weder bei seiner Isolierung, Verwundung, noch bei Anlegung der Naht. Das Zubinden der Fäden war hauptsächlich instrumentell. Bei Kontrollversuchen, wo wir die Wand bei Anlegung der Naht absichtlich traumatisierten, wandten wir auch die Zusammendrückung der Gefäßwand mit Pinzetten an.

Unsere Versuche mit der Gefäßnaht sind ausgeführt an Hunden, im ganzen 102: Arterien 39 und Venen 63. Operiert wurden Aa. carotis, femoralis, Vv. jugularis, femoralis. Morphiumnarkose.

Zum Studium des Schicksals der Naht führten wir in die Gefäßlichtung eine Ligatur (Seide, Haar), welche wir unter verschieden starkem Anziehen auf der Wand des Gefäßes zubanden, oder fixierten ihre Enden an einen Muskel (bei Venen 17, bei Arterien 9).

Die Gefäße wurden untersucht 1 Stunde, 6 Stunden, 12 Stunden, 2 Tage, 3, 4, 7, 8, 14, 40 und 101 Tage nach der Naht. Nachblutungen fehlten; Eiterung erfolgte bei 5 Versuchen. Die Tiere wurden prinzipiell nicht getötet zum Herausnehmen der Präparate. Bei Beachtung aller Regeln der Asepsis wurden die genähten Gefäße entfernt und einige unterbunden, andere aufs neue vernäht.

Die Gebiete der Gefäße (1—2 cm), welche einem histologischen Studium unterlagen, wurden zwischen zwei Ligaturen mitsamt dem Blute entfernt.

Das Resultat unserer Versuche in Verbindung mit dem Charakter der Gefäßwunde wird in folgenden Daten wiedergegeben:

Charakter der Verwundung	Zahl der Versuche	Normale Lichtung	Wundgerinnsel		Thrombosis
			bis zu 1 mm	bis zu 5 mm	
Ligatur im Lumen	17 Venen	5	9	3	—
	9 Arterien	2	3	3	1
Längsschnitt	37 Venen	27	5	5	—
	23 Arterien	15	4	4	—
Querschnitt	9 Venen	6	2	—	1
	4 Arterien	2	—	1	1
Arteriovenöse Anastomosis	3	—	—	—	3
	102	57	23	16	6
	Prozent	55,87	22,54	15,69	5,89
	Erfolg:	78,42 %			

Das Resultat unserer Versuche berechtigt folglich zum Schluß, daß bei entsprechender Technik der Naht die einfache Knopfnaht durch alle drei Schichten der Gefäßwand vollständig allen Hauptanforderungen entspricht, welche die Gefäßchirurgie an die Naht stellt: sie stillt vollkommen die Blutung und garantiert eine normale Durchgängigkeit des Gefäßes.

Was das histologische Bild der Heilung von Gefäßwunden betrifft, so brachten uns unsere Versuche zu dem Schluß, daß dieses Bild nicht für alle Fälle dasselbe ist und im direkten Zusammenhange mit den Umständen steht, welche das Beibringen der Wunde und Verschließen derselben mit der Naht begleiten. In einigen Fällen sind diese Bedingungen so günstig, daß wir von einer normalen Heilung

sprechen, in anderen Fällen sind sie weniger günstig, und dann geht die Heilung schon mit Komplikationen vor sich, und das erhaltene mikroskopische Bild weist gewisse Eigenheiten auf.

Auf Grund unserer Forschungen betrachten wir als normales Bild der Heilung der Gefäßwunden folgenden Prozeß: 1) Unmittelbares Verkleben und Verwachsen der Endotheloberflächen zwischen den einzelnen Stichen, 2) Bildung eines sehr zarten »spinnwebfeinen« Gerinnsels, welches in den ersten Stunden nach der Naht diese vom Blutstrom iosliert und darauf die Herausstoßung der Naht in die äußeren Schichten des Gefäßes veranlaßt, das sogenannte »Durchschneiden« der Naht nach Tichoff. Das an der Wand haftende Gerinnsel, das die Naht bedeckt hat, wird, vom Endothel am Fuße des Gerinnsels beginnend, im Verlaufe der ersten Tage überwachsen, womit die Heilung der inneren Fläche hergestellt ist. Die Gefäßwand erneuert sich vollständig, wie die Präparate erweisen. Nach dem Endothelium erneuert sich Elastica intima, sodann Elastica media; zu allerletzt kommen die Muskelfasern. Zu Ende der 4. Woche, wenn alle anderen Elemente der Wand schon vorhanden, findet sich in einigen Präparaten eine Andeutung der Wiederherstellung der Muskelfibern. Die Naht, welche schon im Momente der Operation oder in den ersten Stunden nach ihrer Anlegung vom Blutstrom abgetrennt ist, sondert sich nach 24 Stunden vollständig von der Lichtung ab: zwischen den Stichen durch die angeschwollenen Endothelzellen, in der Lichtung durch das Wandgerinnsel und das sich verbreitende Endothelium. Nach dreimal 24 Stunden nähert sich die Naht deutlich der Media, wo sie sich Ende der 1. Woche stets befand. Ende der 4. Woche befand sie sich in den äußeren Schichten der Wand.

Diesen Prozeß betrachten wir als »normalen« und als Heilung per primam. Hierbei findet sich in der Wunde keine reiche Zellinfiltration, der Prozeß überrascht durch seine Reinheit, sowie auch das Fehlen der Formelemente in solcher Anzahl, wie alle Forscher beobachteten, die sonst eine Beschreibung der Heilungsprozesse genähter Gefäße gaben. Auch irgendwelche Anzeichen, die für eine Ausdehnung des genähten Gefäßstückes sprachen, wurden von uns nie beobachtet.

Wenn in bezug auf Asepsis gesündigt, unnütz die Wand des Gefäßes traumatisiert, die Blutzirkulation im operierten Gefäßabschnitte gestört wird, also Bedingungen geschaffen werden, die schon von vorn herein ungünstig auf die Wiederherstellung der verletzten Gewebe wirken müssen, so stellt sich im Heilungsprozesse der Gefäßwunde eine Reihe von Komplikationen ein. In vielen Fällen tritt an der ersten Stelle die Störung der Blutzirkulation hervor: Thrombosis in Form eines Wandthrombus, oft bedeutenden Umfangs, zuweilen vollständige Verstopfung des Gefäßes erreichend. In einer anderen Reihe von Fällen spielt die Hauptrolle das Wuchern des Endothels, welches zuweilen bedeutende Gebiete der Gefäßlichtung überwächst und stark deren Durchgängigkeit stört. Drittens beobachtet man eine bedeutende kleinzellige Infiltration zwischen den Rändern der Wunde, die das unmittelbare Zusammenkleben der Wundränder des Gefäßes erschwert. Endlich, und nicht selten, gewahrt man ein Zusammentreffen aller dieser Momente. Diese Art von Heilung betrachten wir als anormale Erscheinung und als Folge sich nicht günstig gestaltender Bedingungen bei Verwundung des Gefäßes und bei Anlegung der Naht.

Von welcher Bedeutung diese ungünstigen Bedingungen sind, ersieht man aus dem vergleichenden Studium der Präparate mit normaler Heilung und von der Norm abweichenden. Im ersten Falle haben wir Prozesse fast ausschließlich

regenerativen Charakters, im zweiten Prozesse degenerativen Charakters: Zerstörung der Teile der Wand und Ersatz derselben durch fibrösen Einsatz; Zerstörung eines Teiles der Endothelialoberfläche (unter dem Thrombus); Störung der Blutzirkulation, manchmal bis zu völligem Stillstehen führend.

Aber ungeachtet dessen sehen wir auch hier ein hohes Anpassungsvermögen des Gefäßes: die Gefäßwand bemüht sich bis zu einem gewissen Grade, mit eigenen Kräften die Funktion des operierten Gebietes zu bewahren. Der Wandthrombus vernichtet die schädliche Wirkung der Naht; letztere tritt mit der Zeit in die äußeren Schichten der Wand. Die sich auswachsenden Mengen des Endotheliums verschließen den gebildeten Defekt in der Gefäßwand; der fibröse Einsatz verstopft mit der Zeit leicht die gewesene Wunde.

Die Kompliziertheit der für jeden gegebenen Fall verschiedenen Reaktion der Wand auf das Trauma, die Vielfältigkeit in der Intensität der Reaktion selbst, wie das wechselnde Verhältnis zum Trauma der Wand selbst — all' dieses erklärt die nicht übereinstimmenden Schlüsse aus den Experimenten, welche in der diesbezüglichen Literatur zu finden sind.

So erscheint im allgemeinen das Endresultat der Anlegung der Naht, sowohl für Fälle mit normalem, als auch anormalem Verlauf (bis zu gewissen Grenzen natürlich), die Wiederherstellung der normalen Wand bei Erhaltung der Gefäßlichtung. (Selbstbericht.)

---

5) Karl von Schiller und Leo Lobstein. Über den Wert der einfachen, fortlaufenden, die ganze Gefäßwand durchfassenden Gefäßnaht. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 487.)

Die Verff., Operateure in Budapest, haben in der physiologischen Anstalt der Budapester tierärztlichen Hochschule Experimente an Hunden über Gefäßnaht an der Aorta, Carotis, Femoralis sowie der Vena cava inf., femoralis und jugularis gemacht. Die Gefäße wurden teils quer getrennt, teils längs eingeschnitten. Ihre Abklemmung diesseits und jenseits der Verwundung geschah mit gummiarmierten Arterienklemmen. Zur Naht dienten feinste Seide und Darmnadeln. Stets wurden vorerst zwei Richtungsnähte angelegt, dann die fortlaufende Naht der beiden Wundhälften mit fortlaufendem Faden. Hiernach noch zurückgebliebene Nahtlücken, die Blut austreten ließen, wurden mit Knopfnähten durch Adventitia und Media geschlossen. Die Resultate waren bei den Venen besser als bei den Arterien und bei letzteren an kleineren Gefäßen wiederum besser als an den größeren (bei Arterien 40%, bei Venen 60% gute Erfolge; Aneurysmenbildung wurde binnen 6 Monaten niemals gesehen).

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) V. D. Lespinasse. Blood vessels surgery ist theoretical possibilities: its practical applications at the present time. (Quarterly bullet. of the Northwestern university med. school 1910. Septbr. Vol. XII. Nr. 2. p. 107.)

Referierende Übersicht über das heutige Anwendungsgebiet der Gefäßnaht in der Chirurgie.

Kurze Beschreibung einer vom Verf. zusammen mit Fisher und Eisenstadt angegebene Methode der End-zu-End-Vereinigung von Blutgefäßen mittels zweier resorbierbarer Magnesiumringe; zum Verschluß von längsgestellten Gefäßwunden sind aufgenähte Magnesiumplättchen verwendbar.

E. Melchior (Breslau).

---

7) A. Salomoni. Sulla sutura delle arterie. (Arch. ed atti delli soc. italiana di chir. XXII. Versamml. Rom 1909.)

Verf. erinnert daran, daß er schon im Jahre 1900 darauf hingewiesen hat, daß die Aufgabe der Gefäßnaht darin zu bestehen hat, Intimaflächen miteinander in Kontakt zu bringen, da die Heilung der Arterienwunden durch Proliferationsvorgänge seitens des Gefäßendothels zustande kommt.

E. Melchior (Breslau).

---

8) Goodman. Blood transfusion in haemophilia. (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Ein $2^1/_2$jähriges Kind, das seit seiner Geburt bei der leichtesten Verletzung starke Blutverluste gehabt hatte, erlitt durch Fall von der Treppe mehrere Wunden am Körper, welche andauernd bluteten, und deren Blutung durch nichts gänzlich zu stillen war. Die kleine Pat., die zeitweilig auch Blut erbrach, kam aufs äußerste von Kräften, so daß sie apathisch in hoffnungslosem Zustande da lag; der Hämoglobingehalt war auf 12% gesunken. Es wurde nun die Arteria radialis eines 19jährigen gesunden jungen Mannes und die Oberarmvene bei dem kleinen Kinde freigelegt und beide Gefäße nach Abklemmen und Unterbinden der peripheren Enden durchschnitten und hierauf beide zentralen Enden mit einer feinen Kanüle verbunden. Das Überströmen des Blutes in das Gefäßsystem des verletzten Kindes wirkte Wunder, die Lippen röteten sich, die Apathie schwand, das Kind verlangte zu essen. Infolge dieser Transfusion wurde das Kind völlig gesund, der Hämoglobingehalt stieg allmählich auf 80%. Die Blutungen aus den Wunden und dem Magen hatten gleich nach der Transfusion aufgehört.

Herhold (Brandenburg).

---

9) Pool and Mc Clure. Transfusion by Carrel's end-to-ent suture method. (Annals of surgury 1910. Oktober.)

In der Arbeit werden zwölf Fälle näher beschrieben, in welchen die Bluttransfusion nach der von Carrel angegebenen Methode ausgeführt worden war. Es handelte sich um zehn Pat. — bei dem einen von ihnen wurde die Transfusion dreimal gemacht —, von welchen acht an hochgradiger Anämie, einer an Leuchtgasvergiftung, einer an Sepsis litten. Bei acht Pat., von welchen vier moribund waren, wurde voller Erfolg erzielt, zwei starben an Herzschwäche.

Die Operation wurde so ausgeführt, daß die Arteria radialis des Gebers und eine Armvene des Nehmers unter Novokainanästhesie freigelegt und nach Abklemmen des zentralen und Unterbinden des peripheren Endes durchschnitten und dann die zentralen Enden End-zu-End durch eine fortlaufende Seidennaht vereinigt wurden. Es wurde die Adventitia dabei zurückgestreift und nur Media und Intima genäht. Bei Kindern soll statt der Armvene die Vena saphena magna gewählt werden.

Herhold (Brandenburg).

---

10) Horsley. Notes on the technic of transfusion of blood. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 8. 1910.)

Die Bluttransfusion bewerkstelligt H. durch End-zu-End-Vereinigung von Arterie und Vene. Er empfiehlt nun, die Vene dort zu durchtrennen und mit der Arterie des Gebers zu vereinigen, wo ein kleinerer Ast von der Vene abgeht; nach geschehener Transfusion kann man, wenn es zur Blutgerinnung gekommen sein sollte, das Gerinnsel mit Hilfe eines Nadelöhrs entfernen.

H. bedient sich zur Gefäßnaht der drei Carrel'schen Haltenähte, näht aber dann nicht mit einfacher fortlaufender Naht, sondern mit fortlaufender Matratzennaht, wodurch noch besser Intima auf Intima gelagert wird.

W. v. Brunn (Rostock).

---

11) Dorrance and Ginsburg. Vein-to vein transfusion of blood. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 7. 1910.)

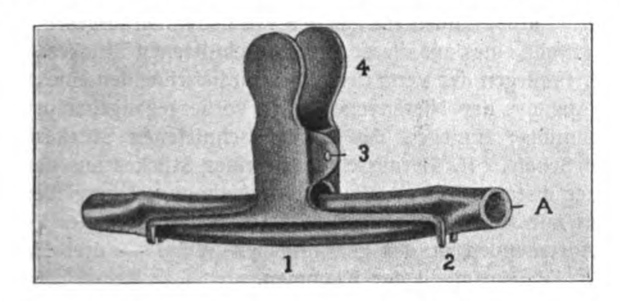
Verff. empfehlen die Bluttransfusion durch direkte Verbindung einer Vene des Gebers mit einer Vene des Nehmers; das Verfahren bewährte sich den Verff. in einem Falle von hochgradigem Blutverlust durch Extra-uterin-Gravidität aufs beste. Der Vorteil des Verfahrens liegt einmal darin, daß eine plötzliche Überfüllung des Herzens des Nehmers vermieden wird, zweitens darin, daß es technisch viel leichter ist, schon aus dem Grunde, weil die Venen oberflächlich liegen und stets leicht erreichbar sind.

W. v. Brunn (Rostock).

---

12) Stewart. A clamp for isolating a portion of the lumen of a blood-vessel without stopping the circulation through the vessel. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 8. 1910.)

Modell einer Klemme, die man bei seitlicher Verletzung eines Gefäßes behufs



Naht der Verletzungsstelle anlegen kann, ohne den Blutstrom im Gefäß zu unterbrechen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

13) Enderlen und Borst. Beiträge zur Gefäßchirurgie und zur Organtransplantation. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 36.)

E. berichtet über seine schönen Resultate, welche er mit der zirkulären Gefäßvereinigung durch Naht oder mit Hilfe der Payr'schen Magnesiumprothese am Menschen, mit der Verpflanzung losgelöster Gefäßstücke und mit der Autotransplantation von Organen, wie Schilddrüsen und Nieren, an Tieren erzielt hat, andererseits aber auch über die Mißerfolge bei Homotransplantation von Organen. Von größtem Interesse sind weiter seine Versuche, bei Hunden auf dem Wege der Parabiose durch Vereinigung ihrer Carotiden und Jugulares einen Blutaustausch herbeizuführen; ebenso wie diese Experimente gelangen auch die, die Blutübertragung an Kranken vorzunehmen, wobei die Art. radialis des Spenders mit der V. med. cubiti des Empfängers vereinigt wurde; nach 30—45 Minuten unterband E. beiderseits die Gefäße, deren Anastomose während der Blutabgabe in bezug auf den Blutdruck genau beobachtet wurde, um Gerinnselbildung an ihr bei Sinken desselben zu verhüten. Der Erfolg war für den Blutempfänger, selbst

bei zwei Blutern, ein günstiger — durch dauernde Vermehrung der Blutmenge und allgemeine Besserung.

B. hat E.'s operative Leistungen weiter verfolgt und die histologischen Prozesse bei der Heilung der zirkulären Gefäßnaht und autoplastischen Gefäßverpflanzungen usw. genauer studiert und gefunden, daß an dem Wundspalt zwischen den Gefäßstümpfen eine zellige Intimawucherung eintritt, an der auch das adventitielle und periadventitielle Gewebe teilnimmt, schließlich eine feste fibröse Narbe eintritt; auch elastische und glatte Muskelfasern entstehen in der neuen Intima. Aneurysmabildung wurde nie beobachtet. Bei homoplastischen Transplantationen zeigte sich, daß die Wundheilung nur vom körpereigenen Gewebe ausgegangen war und das körperfremde Arterienstück einer langsamen Resorption und Substitution durch körpereigenes Gewebe verfiel. Die heteroplastischen Transplantationen von Gefäßen führten nur zu Mißerfolgen (Thrombose, Obliteration, Resorption), ebenso die Homoioplastiken mit Schilddrüse (Nekrose oder sehr langsame Atrophie und Verödung) und Nieren, während die autoplastischen Verpflanzungen dieser Organe völlig normales Verhalten ergaben.

Kramer (Glogau).

---

14) **Carrel. Graft of the vena cava on the abdominal aorta.** (Annals of sugery 1910. Oktober.)

C. pflanzte bei drei Hunden ein aus der Vena cava herausgeschnittenes Stück in die Aorta an Stelle eines aus dieser herausgeschnittenen Stückes. Die Technik war folgende: I. Freilegen der Vena cava und Herausschneiden eines Stückes dicht unterhalb des Abgangs der Nierenvenen nach vorhergegangener proximaler und distaler Abklemmung; Einlegen des herausgeschnittenen Stückes in eine mit Vaselin gefüllte Schale. II. Herausschneiden eines Stückes aus der Aorta nach vorhergegangener distaler und proximaler Abklemmung, Übergießen des ganzen Operationsfeldes mit sterilisierter Vaseline. III. Einpflanzen des Venensegments zwischen die Aortenenden in der gewöhnlichen Weise — drei Halteschlingen, zirkuläre Naht. IV. Entfernen der Klemmen.

Alle drei Tiere blieben am Leben und starben nach vielen Monaten an interkurrenten Krankheiten; der Puls der Art. femoralis zeigte kaum Veränderungen. Nach dem Tode der Tiere wurde das eingepflanzte Venenstück mikroskopisch untersucht. Die Venenwand war verdickt und hatte ihre Elastizität verloren, es bestand eine funktionelle Hypertrophie der Adventitia und Media, und zwar überwog bedeutend das Bindegewebe. Verf. hält also diese Transplantation eines aus der Vena cava entnommenen Stückes in die Aorta für möglich und vielleicht zur Operation von Aortenaneurysmen für verwendbar.

Herhold (Brandenburg).

---

15) **Blair and Mc Guigan. A suggestion for the treatment of air embolism.** (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Wenn Luft von der Vena cava in das rechte Herz gelangt, schließt die rechte Atrio-ventricularklappe nicht; es regurgitiert Blut vom Vorhof in die Vena cava, infolgedessen gelangt weniger Blut in die Lunge, in das linke Herz und die Kranzgefäße. Die Folge hiervon ist Lufthunger und Herzschwäche und hochgradiges Sinken des Blutdrucks. Verff. haben bei Hunden in die Vena jugularis dicht an der Einmündungsstelle in die Vena anonyma Luft mit einer Spritze eingespritzt. Bei Einspritzung kleiner Mengen gingen die Erscheinungen der

Herzschwäche und der Atemnot vorüber, wenn die Luftmengen aber größere waren, so hörte die Atmung auf, der Herzschlag wurde flatternd und hörte schließlich ebenfalls auf. Durch Einspritzen von etwa 40 ccm Kochsalzlösung, der mehrere Tropfen Adrenalin 1 : 1000 zugesetzt waren, in die rechte Herzkammer gelang es auch nach Einführen größerer Luftmengen das Herz in Tätigkeit zu erhalten.

Verff. glauben, daß Todesfälle infolge Lufteintritts in die Vena jugularis bei chirurgischen Operationen am Halse sehr selten sein werden. Sollte nach einem solchen Lufteintritt bedrohliche Erscheinungen auftreten, so empfehlen sie künstliche Atmung, Injektion der oben erwähnten Adrenalin-Kochsalzlösung durch das vordere Ende des dritten und vierten Zwischenrippenraums und nur als letztes Mittel Herzmassage nach Freilegung des Herzens.

Herhold (Brandenburg).

---

16) J. Michalski (Wetzikon). Die Bier'sche Stauung des praktischen Arztes. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 30.)

Eine warme Empfehlung der Anwendung des Bier'schen Verfahrens in der Privatpraxis mit detaillierten Angaben über deren Gebrauchsweise. Doch soll der Praktiker sich mit dem bisher sicher Erworbenen begnügen und die Erweiterung des Gebietes den Klinikern überlassen, wenn er nicht sehr unangenehme Überraschungen erleben will. A. Wettstein (Winterthur).

---

17) Freyer. Behandlung von Schlangenbissen mit Stauungshyperämie. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XIV. Hft. 17. p. 557.)

Fünf Bisse einer schwarzblauen Viper und ein Natterbiß wurden mit Stauungshyperämie behandelt. Nach Aussage der Eingeborenen pflegt der Tod nach etwa 2 Stunden oder unter besonderen Umständen nach etwa 2 Tagen einzutreten. Drei der Gebissenen entzogen sich der weiteren Behandlung und Beobachtung, die anderen drei zeigten während 2monatiger Beobachtung keinerlei Störung in ihrem Befinden. zur Verth (Wilhelmshaven).

---

18) H. Mück (Hamburg). Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Trypsins auf die Gefäßwand. (Samml. klin. Vortr. Nr. 167.)

Die viel umstrittene Frage nach der Herkunft der bei Pankreasaffektionen vorkommenden Blutungen in der Bauchspeicheldrüse selbst und in ihrer Umgebung ist zwar bereits durch die Experimente Hildebrand's und seiner Schüler geklärt und dahin beantwortet worden, daß die Hyperämie und Blutung auf eine mehr oder weniger energische Einwirkung des eiweißverdauenden Fermentes, des Trypsins, zu beziehen, und daß die Hämorrhagie, ebenso wie die Fettgewebsnekrose, als sekundäre Folgen von Erkrankungen des Pankreas anzusehen sei; aber es blieb noch offen, in welcher Weise bei einer Blutung das Trypsin auf das Gefäßrohr selbst wirkt. Um dies zu entscheiden, hat M. in Hildebrand's Klinik an der Charité neue Versuche angestellt, bei denen er unter dem Mikroskop die Zirkulationsverhältnisse an der Zunge und am Mesenterium des Frosches unter der Einwirkung von aufgetropften oder eingespritzten Lösungen von Trypsin mit oder ohne Zusatz von Suprarenin studierte; die Ergebnisse sind genau mitgeteilt und am Schluß tabellarisch angeordnet wiedergegeben. Zusammengefaßt lauten sie dahin, daß das tryptische Ferment eine starke Dilatation der Gefäße bewirkt, und daß seine eiweißverdauende Wirkung zu Hämorrhagien vorwiegend

aus den Kapillaren führt. Die Fermentwirkung wird vielleicht durch Stoffwechselstörungen unterstützt, die in den Endothelien bei der übermäßigen Dilatation eintreten. Versuche, mit vasokonstriktorischen Mitteln, wie Suprarenin, die erwähnte Wirkung zu paralysieren, sind nicht gelungen. Kramer (Glogau).

---

19) **Pierre Descomps. Recherches d'anatomie chirurgicale sur les artères de l'abdomen. Le tronc coeliaque.** Paris, G. Steinheil, 1910.

Verf. hat ausgedehnte Untersuchungen über das Verhalten der abdominalen Arterien besonders nach der topographisch-anatomischen Seite hin unternommen; hiervon stellt das vorliegende Werk, das den Truncus coeliacus zum Gegenstande hat, die erste — selbständig erschienene — Lieferung dar. Dem bei einem derartigen Gegenstande notwendigen Bedürfnis der eigenen Anschauung wird durch zahlreiche recht klare halbschematische Abbildungen Rechnung getragen.

Die Literatur wird eingehend berücksichtigt.

Die fleißige Arbeit stellt einen wertvollen Beitrag für die chirurgische Anatomie der oberen Bauchhöhle, speziell der Gallenwege, des Magens und Duodenums dar und bedeutet eine willkommene Gabe für den Fachchirurgen.

E. Melchior (Breslau).

---

20) **J. H. Greeff. Beitrag zum Nachweis geringer Blutmengen mit der Benzidinprobe.** (Med. Klinik 1910. p. 1785.)

Die Benzidinprobe ist von allen Arten, den Kot auf Blut zu untersuchen, die feinste. Gleichwohl weist auch sie kleinste Blutbeimengungen nicht immer nach. Es sind zudem gewisse Vorsichtsmaßnahmen in der Kostverordnung und in der Technik erforderlich.

Um damit im Urin Blut — auch in geringerer Menge — zu finden, gibt G. ein vereinfachtes Benzidinverfahren an.

Schließlich kann man auch bei bluthaltigem Eiter einen Ausschlag erzielen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

21) **S. Suzuki. Über die Resorption im Omentum majus des Menschen.** (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 238.)

Verf. studierte die Frage, ob bzw. wieweit sich die Lymphgefäße des Netzes an der Resorption korpuskulärer Elemente beteiligen. Als Material für die Untersuchungen dienten Fälle von Verletzungen der Unterleibsorgane, von Neubildungen und von Peritonitis. Die Resultate sind folgende: Das Omentum majus hat regelmäßig reichliche Lymphgefäße; sie resorbieren ebenfalls korpuskuläre Elemente, die in der Bauchhöhle als abnormer Inhalt auftreten. Das Netz ist bei Infektionen der Bauchhöhle als ein schützendes Organ anzusehen.

Doering (Göttingen).

---

22) **M. M. Magula. Über Stich-Schnittwunden des Zwerchfells.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 42—44.)

In der Literatur sind von Sutter 64 Fälle gesammelt, von Iselin 12, von Wolf 13; M. fand weitere 40 und beschreibt ausführlich 64 Fälle aus der Männerabteilung des Petersburger Obuchowhospitals (1902—1908). In demselben Hospital wurden 1891—1901 bloß 9 Fälle gesehen; die größere Zahl der letzten 7 Jahre

hängt von zwei Umständen ab: seit 1905 werden grundsätzlich alle Brust- und Bauchwunden erweitert, und zweitens gab die Revolution sehr viel Wunden.

Alle 64 Wunden wurden durch die Pleurahöhle beigebracht. 26mal fanden sich keine weiteren Verletzungen, 38mal waren die Eingeweide mit verletzt: Leber 16-, Magen 5-, Milz 4-, Nieren 2-, Darm 1-, Leber und Magen 2mal, Leber und Milz 1mal, Leber und Lunge 1-, Magen und Darm 1-, Lunge 4-, Herz 1mal. In mehr als 40% aller Fälle fehlte jedes Symptom, das die Zwerchfellwunde andeutete. Von 61 Operierten starben 28; 3 nicht operierte starben alle 3 (Zwerchfellbruch, Wunden der Leber, des Magens). Von 25 mit nicht komplizierten Wunden starben 5 (davon einer an anderweitigen Wunden), von 36 mit Verletzungen der Eingeweide 23 (davon 12 an innerer Blutung, 5 an Peritonitis, 3 an Empyem, 1 an Leberabszeß, 1 an Asphyxie nach der Operation, 1 infolge anderweitiger Verletzungen). Meist wurde während der ersten 12 Stunden nach der Verwundung operiert. 57mal wurde die Thorakotomie ausgeführt und 3mal die kombinierte Operation. Bei 45 Rippenresektionen wurden 32mal eine Rippe, 11mal zwei und 2mal drei Rippen reseziert. Die Zwerchfellwunde wurde erweitert und von ihr aus event. die Wunde der Baucheingeweide versorgt. 22mal mußte die Pleurahöhle nach Frey isoliert werden (Annähung der Wundränder des Zwerchfells an die Rippenpleura und Tamponade). Störungen im Wundverlauf: Empyem 9mal, Pneumonie 6mal, Eiterung der äußeren Wunde 5mal. Die Operation ist bei solchen Wunden notwendig: 1) Zur Verhütung des nachfolgenden Zwerchfellbruchs, 2) zur Versorgung der gleichzeitigen Eingeweideverletzung. Die transpleurale Methode genügt für die meisten Fälle.

Gückel (Kirssanow).

---

23) **Ferdinando Gangitano. Peritonitis und Phlebosclerosis abdominalis mit Endotheliosis desquamativa traumatischen Ursprungs.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 242.)

Es handelt sich in dieser Arbeit um einen Spezialfall, den G. als Direktor der chirurgischen Universitätsklinik zu Camerino lange beobachtet, operiert und nach dem Tode genau anatomisch-histologisch untersucht hat. Ein 54jähriger Bauer stürzt aus einer Höhe von ca. 2 m und schlägt mit dem Bauche auf. 3 Stunden langer heftiger Schmerz, 4tägige Bettlägerigkeit, dann Wiederaufnahme der Arbeit. 25 Tage später Leibesschwellung, nach 2 Monaten muß wegen Ascites punktiert werden, und sind weiterhin die immer wiederkehrenden Ascitesansammlungen und Punktionen für den Krankheitsverlauf charakteristisch, bei dem die Diagnose unklar blieb. Anderthalb Jahre nach dem Unfall wurde Pat. laparotomiert. Man fand eine Verdickung des Bauchfells auf 4—5 cm durch überaus stark vaskularisiertes Bindegewebe, an den Därmen Verwachsungen, die Leber nicht vergrößert, aber von fibrösem Gewebe bedeckt, die vergrößerte Milz nicht zugänglich. Die Blutung aus dem hypertrophischen peritonealen Bindegewebe war profus und hartnäckig. Nach glatter Heilung der Operation folgte 8 bis 9 Monate langes Wohlbefinden, dann Wiederbildung des Ascites, so daß wieder Punktionen nötig wurden, Schwäche, Bauchschmerzen, zuletzt Dyspnoe mit Blutstauungserscheinungen und Cyanose. Tod 3 Jahre nach dem Trauma, 1½ Jahre nach der Operation. Von dem Sektionsbefund interessiert am meisten das Verhalten des Bauchfelles, das tiefgehend geschädigt ist. Es ist stark verdickt und zeigt auf Durchschnitten zahlreiche klaffende Gefäße. Während an diesen, soweit es sich um Arterien handelt, nichts Besonderes zu finden ist, sind die Venen chronisch-sklerotisch verändert, namentlich in den elastischen Mem-

branen. Auffallend häufig finden sich Ablösungen (»Desquamationen« — vgl. den Arbeitstitel) des Intimaendothels in Verbindung mit Thrombosen. Diese Gefäßveränderungen finden sich auch in den Venen des Darmes, des Magens, der Milz, der Leber und eines Teiles der Nieren. Dabei ist zu bemerken, daß Syphilis bei dem Kranken auszuschließen war. G. deutet seinen Fall also so, daß durch das Trauma eine primäre diffuse, chronische Peritonitis auftrat, die mit schweren Gefäßveränderungen besonders des venösen Systems unter der Form der Phlebosklerosis einherging. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

24) Kuhlemann. Schwere peritonitische Entzündungserscheinungen, hervorgerufen durch Bandwurm. (Med. Klinik 1910. p. 1694.)

Ein 12jähriger Knabe litt an Fieber und an wechselnden Erscheinungen, die auf Blinddarmentzündung, Eiterbildung in der rechten Unterrippengegend und Bauchfellentzündung hinwiesen. Er sollte operiert werden. Da fanden sich im Stuhle Bandwurmglieder. Eine Wurmsamenkur förderte eine Taenia solium zutage. Baldige völlige Genesung. Georg Schmidt (Berlin).

---

25) Heimann (Breslau). Klinische und experimentelle Studien über die Heilwirkung der Laparotomie bei Peritonealtuberkulose. (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXII. Hft. 3.)

Die Ausheilung tuberkulöser Peritonitiden durch Laparotomie ist durch Spencer Wells und König bekannt. Auf dem Blutwege kommt es wohl fast nie zur Ausbreitung der Tuberkulose auf das Bauchfell, meist geht sie bei bestehender Lungentuberkulose von den Lymphbahnen des Zwerchfells aus. In seltenen Fällen ist ein tuberkulöses Darmgeschwür oder die Tubentuberkulose ätiologisch zu beschuldigen; allerdings ist die Frage der primären Tubentuberkulose noch nicht gelöst. Nicht jede Bauchfelltuberkulose heilt durch Laparotomie. Am günstigsten sind die Formen, bei denen es sich um eine sogenannte exsudativseröse Form oder um die trockene Form handelt.

Verf. hat die in den letzten 10 Jahren wegen dieser Erkrankung operierten Frauen einer Nachuntersuchung unterzogen. 13 waren gestorben, 8 nicht aufzufinden, bei den 15 übrigen ließ sich ein glänzender Dauererfolg konstatieren, insofern, als die Frauen ohne Rezidive wieder völlig arbeitsfähig wurden. Die Nachuntersuchung ergab kaum Anhaltspunkte für eine vorausgegangene tuberkulöse Erkrankung; allerdings war die Konzeption mit einer Ausnahme verloren gegangen. Es läßt sich also nach einer Beobachtungszeit von mindestens 2 Jahren eine absolute Heilung von 54% berechnen. Bei 2 Frauen, die nach 6 bzw. 13 Jahren relaparotomiert wurden, war von Residuen einer früheren Peritonealtuberkulose keine Spur mehr zu sehen.

Zu diagnostischen Zwecken empfiehlt Verf. die Anwendung des Tuberkulins (s. Birnbaum). Bei fast allen tuberkulösen Peritonitiden traten nach der Injektion mehr oder minder profuse Durchfälle und Leibschmerzen auf.

In der Therapie sind die Hauptgegner der Laparotomie die Internen, die mit konservativer Behandlung bessere Resultate zu erzielen glauben. Auszuschalten von der Operation sind die hämorrhagischen und eitrigen Formen der Peritonealtuberkulose; deswegen, wenn möglich, frühzeitige Operation, da diese Formen aus den serösen exsudativen nach einiger Zeit entstehen. Ein positiver Lungenbefund ist kein Hinderungsgrund; Verf. konstatierte sogar öfters nach der Operation eine Besserung.

Bei der Operation ist eine Ausspülung zu unterlassen; das wesentliche ist das völlige Ablassen des Ascites. Ebenso ist eine Entfernung der Adnexe selbst bei Tuberkuloseverdacht nicht anzuraten. Einen sehr großen Wert legt Verf. auf die postoperative Alt-Tuberkulinspritzkur. Er glaubt, daß ihr zum Teil die guten Resultate zuzuschreiben sind. Bei allen Nachuntersuchten war die Konjunktivalreaktion negativ, die Pirquet'sche positiv; es spricht das dafür, daß nur noch alte, nicht aktive Prozesse im Körper der Frau vorhanden sind.

Als heilbringend kommt wohl die Hyperämie in Betracht und die Entlastung des Organismus von dem event. sich vorfindenden Ascites. Es handelt sich im wesentlichen, wie besonders Bumm nachgewiesen, um einen Zerfall des tuberkulösen Gewebes und allmählichen Ersatz durch Bindegewebe.

Bei seinen Tierversuchen (Meerschweinchen) fanden sich ca. 5—6 Tage nach der intraperitonealen Injektion mit tuberkulösem Material auf der Darmserosa vereinzelte Knötchen von hellgrauer Farbe. Geringes Exsudat, dagegen starke Gefäßinjektion. Mikroskopisch ließ sich die Entzündung als spezifisch ansprechen. 10—11 Tage nach der ersten Laparotomie wurde die Relaparotomie gemacht, die Verwachsungen, aber kein Exsudat mehr ergab. Mikroskopisch ließ sich deutlich der sich allmählich vollziehende, bindegewebige Ersatz der Tuberkelknötchen konstatieren (s. Abbildungen).

Also ergeben auch die Tierversuche, die noch nicht ganz abgeschlossen sind, einen heilenden Einfluß der Laparotomie auf die Peritonealtuberkulose.

C. Koch (Greifswald).

---

26) **Härtig. Hat der Wurmfortsatz eine Funktion?** (Med. Klinik 1910. p. 1819.)

Bei ernster Erkrankung des Wurmfortsatzes ist die frühzeitige Operation das einzig Richtige; sie ist auch bei vielen chronischen Formen sehr angezeigt. Gleichwohl soll die Sucht, bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Wurmfortsatz zu entfernen, auf das schärfste bekämpft werden, denn der — nur bei den aufrecht gehenden Tieren und den Menschen vorhandene — Wurmfortsatz hat den wohlerwogenen Zweck, aus seinen Drüsen dem Blinddarm, in dem sich der Schwere nach der Darminhalt übermäßig und dauernd staut, recht viel Darmsaft zuzuführen. Daß der Boden des Blinddarms mechanisch und sekretorisch stark in Anspruch genommen und daher dauernd besonderen Reizungen ausgesetzt ist, ergibt sich auch daraus, daß hier der Tuberkuloseerreger oder der Strahlenpilz leicht eindringen und der Krebs mit Vorliebe auftritt.

Georg Schmidt (Berlin).

---

27) **Corner. The function of the appendix and the origin of appendicitis.** (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Durch die Ileocoecalklappe gelangen nur flüssige oder halbflüssige Materien in den Blinddarm; aus diesem können sie wegen seiner Dünnwandigkeit, und weil die Schwerkraft beim Menschen entgegenwirkt, nicht eher durch Peristaltik nach oben fortbewegt werden, als bis sie eingedickt sind. Infolge dieses Eindickens und Stagnierens treten oft Erweiterungen des Blinddarms ein, und es werden in diesem stagnierenden Inhalt zahlreiche Bakterien ausgebrütet. Der Wurmfortsatz mit seinen vielen Follikeln ist nun nach dem Verf. gleichsam eine Barrière gegen die Invasion des Körpers von den im Blinddarm vorhandenen Bakterien. Er wird mit der Mundtonsille verglichen, die ähnlichen Zwecken dient.

Tritt durch chronische Entzündung eine fibröse Entartung des Wurms ein, so kann sich auch in ihm der Kot stauen, und es sammeln sich die Mikroorganismen und Toxine in ihm an. Von diesem erkrankten Wurm aus können dann die Bakterien und Toxine in den Blinddarm gelangen und hier wiederum eine chronische Typhlitis erzeugen, so daß ein Circulus vitiosus zwischen Blinddarm und Wurm zu bestehen scheint. Herhold (Brandenburg).

---

28) MacCarthy. Classification of appendicitis. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 6. 1910.)

Unter mehreren Tausend operativ entfernter Wurmfortsätze waren 23,5% ganz oder teilweise obliteriert. Diese Obliteration beruht nicht etwa auf einem physiologischen Involutionsprozeß, sondern stets auf einem voraufgegangenen Entzündungsvorgang.

Karzinomentwicklung fand sich in ganz oder teilweise obliterierten Wurmfortsätzen etwa 4—5mal häufiger als in den nicht obliterierten Wurmfortsätzen. 77% der Wurmkarzinome waren nur durch mikroskopische Untersuchung zu diagnostizieren. W. v. Brunn (Rostock).

---

29) Brosch (Wien). Die Beziehung der Appendixklappeninsuffizienz zur Appendicitis. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

Nach B. sind die häufigsten Ursachen der Appendicitis die Appendixklappeninsuffizienz und die mit ihr zusammenhängenden Kanalisationsstörungen. Erstere läßt sich an der Leiche nachweisen, wenn man nach querer Durchschneidung des Wurms in situ den Dickdarm mit Wasser füllt. Die Zahl der durchgängigen, also mit insuffizienten Klappen versehenen Wurmfortsätze ist etwa dreimal größer als die der undurchgängigen. In jenen findet sich Kot, in diesen rein schleimiger Inhalt. Als weiteres Moment kommt Kanalisationsstörung durch Knickung, Verzerrung, Ventilverschluß, Verlötung u. dgl. vor. In Fortsätzen mit schließender Klappe entsteht dann eine unkomplizierte Schleimcyste (»Hydrops«), die bis zu Mannskopfgröße wachsen und durch Ruptur zu Pseudomyxoma peritonei führen kann. Bei insuffizienter Klappe hingegen entsteht das bekannte Bild der Appendicitis. Wie Leichenversuche und Sektionsbefunde erwiesen haben, wird die Klappe des Wurms durch Blinddarmdilatation insuffizient, so bei den Typhlatonien Fischler's. Solche Dilatationen finden sich auch umschrieben durch Knickung in der rechten Lumbalflexur als Folge von Inhaltsstauungen, besonders aber auch bei Individuen, die eine langdauernde, nach vorn gebeugte Körperhaltung einnehmen müssen. Erhard Schmidt (Dresden).

---

30) Eduard Stierlin. Das Coecum mobile als Ursache mancher Fälle sog. chronischer Appendicitis und die Erfolge der Coecopexie. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 407.)

Die S.'sche Arbeit ist aus der Klinik von Wilms in Basel hervorgegangen und bringt eine das sorgfältige Studium des fraglichen Leidens in dieser Klinik verwertende, eingehende und zurzeit wohl als erschöpfend anzusehende Besprechung über die klinische und pathologische Bedeutung, die nach Wilms (vgl. dessen erste diesbezügliche kurze Mitteilung in unserem Blatte 1908, p. 1090) dem beweglichen Blinddarm zuzuschreiben ist. Das dem Coecum mobile als typisch zu vindizierende Krankheitsbild besteht der Hauptsache nach in chronischer hartnäckiger Verstopfung verbunden mit in Intervallen auftretenden minuten- bis stunden-

langen darmkolikartigen Schmerzanfällen, Erscheinungen, die S. diagnostisch und ätiologisch erläuternd sorgfältig erörtert. Für die Diagnose spielt in der Wilmsschen Doktrin die Röntgenuntersuchung in passend gewählten Zeiträumen nach Wismutbreimahlzeiten die größte und entscheidende Rolle. Ist der Schatten des Wismuts im Blinddarm angelangt, so gibt erstlich ein Herunterreichen des unteren Schattenrandes unterhalb des kleinen Beckenrandes (Linea innominata), dann aber die Beweglichkeit des Schattens bei Bildaufnahmen einmal in Rücken-, ein zweites Mal in linker Seitenlage den Beweis für eine abnorme Blinddarmbeweglichkeit. Die Richtigkeit der auf solche Weise gestellten Diagnosen ergeben verschiedene Krankengeschichten, in denen beim Operationsbericht zu finden ist, daß sich der Blinddarm 15 em weit und mehr vor den Bauchschnitt ziehen läßt. Des weiteren geben Bauchaufnahmen nach 5,8, 10 Stunden oder mehr ohne weiteres verwertbare Anzeichen dafür, ob die Kotbewegung im Dickdarm im richtigen Tempo oder, wie für Coecum mobile charakteristisch, verlangsamt erfolgt. Dabei haben sich oft Bilder ergeben, in denen an der Flexura lienalis Kotstauung ersichtlich ist nebst spitzwinkliger Form dieser Flexur. Zahlreiche beigegebene Röntgenogramme erläutern diese Befunde. Sie weisen nebst den sonstigen klinischen Symptomen darauf hin, daß mit der abnormen Beweglichkeit des Blinddarms eine Atonie desselben verbunden ist, die durch die bis zu gewissem Grade normale Antiperistaltik des aufsteigenden Dickdarms noch verschlimmert wird. In solchen Fällen wird der Blinddarm bezüglich Größe und Funktion einem atonischen Magen vergleichbar. Was die Deutung der schmerzhaften Erscheinungen betrifft, so erklärt Wilms dieselben, ebenso wie die Dünndarmkoliken, als Wirkung von Zug an dem Mesenterium (bzw. Mesokolon); er nimmt an, daß krampfhafte ungeordnete Kontraktionen des Blinddarms, vielleicht auch des aufsteigenden Dickdarms, den Blinddarm dislozieren und damit sein Mesokolon, vielleicht auch die in der Blinddarmwand selbst befindlichen Nerven dehnen. Betreffs der Tatsache, daß die Kranken mit Coecum mobile häufig Neurastheniker sind, ist von Interesse, daß S. geneigt ist, die Neurasthenie nicht etwa als primäres Leiden, sondern häufig viel mehr als Folge der Coecum mobile-Beschwerden anzusehen, wobei dann ähnlich wie bei hysterisch und genitalkranken Frauen ein fataler Circulus vitiosus zwischen der Lokalaffektion und dem Nervenallgemeinleiden sich ausbilden kann.

Betreffs Statistik der Beobachtungen ist mitzuteilen, daß jetzt 61 von Wilms gesammelte Fälle vorliegen, von denen 52 mit Coecopexie behandelt sind. 25% der Pat. sind männlichen, 75% weiblichen Geschlechts, 67% standen im Alter von 15 bis 25 Jahren. Die Dauerresultate mit der Coecopexie in 43 Fällen waren folgende: 75% geheilt, 16% gebessert, 9% ungebessert. In 9 Fällen von langem Coecum mobile mit dem typischen Symptomenkomplex führte die Appendektomie ohne Coecopexie zu folgenden Dauerresultaten: 2 geheilt (mit bleibender Verstopfung), 3 gebessert, 5 ungeheilt. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

31) S. J. Ponomarew. Über Symptome von Appendicitis und Peritonitis im Beginne von entzündlicher Erkrankung der Lunge und Pleura. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

P. bringt zwei Fälle, die mit Appendicitis- bzw. Peritonitissymptomen ins Krankenhaus kamen, in denen aber am Ende des 1. Krankheitstages sich rechtseitige Pneumonie entwickelte, worauf die Symptome von seiten des Unterleibes zurückgingen. Am meisten wahrscheinlich ist hier reflektorischer Ursprung.

Gückel (Kirssanow).

32) **Esau. Beiträge zur Appendicitis, insbesondere zur Differentialdiagnostik.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 369.)

E. berichtet aus dem ihm unterstehenden Kreiskrankenhause Oschersleben eine Anzahl kasuistischer Beobachtungen betreffs Appendicitis, die zwar nichts eigentlich Neues beibringen, aber in diagnostischer und differentialdiagnostischer Beziehung Interesse haben. Es finden sich u. a. Fälle von Tuberkulose des Bauchraumes, eine Appendicitis vortäuschend, desgleichen eine Torsion einer Appendix epiploica des S romanum, Appendicitis kombiniert mit Dystopie der rechten Niere, Appendicitis mit gleichzeitiger Lymphcyste zwischen den Blättern des Mesenteriolum, Stieldrehung einer linkseitigen Eierstockscyste, die Verdacht auf Appendicitis erregte, Appendicitis kombiniert mit Retroflexio uteri, Fälle zweifelhaft, ob Cholelithiasis oder Appendicitis usw.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

33) **H. S. Loebl (Wien). Über Appendicitis im höheren Lebensalter.** (Wiener med. Wochenschrift 1910. Nr. 40.)

Appendicitis ist eine im Greisenalter seltene Erkrankung. Von 11 573 Pat. waren 423 (3,66%) älter als 51 Jahre. Männer werden etwas häufiger befallen als Frauen (6 : 4). Ätiologisch kommen Verstopfung, Darmatonie und die Neigung des Greisenalters zu Hernienbildung in Betracht. Der Wurmfortsatz macht im Alter eine Involution durch, wird kürzer, dünner und obliteriert sehr häufig. Als Ursache der Involution findet sich Schwund des in der Jugend so reichlichen adenoiden Gewebes, ferner Vermehrung von Bindegewebe und Fett in der Schleimhaut und Submucosa. Die Obliterationen sind der Ausdruck einer abgelaufenen akuten Entzündung (Aschoff u. a.). — Die einfache, akute Form der Appendicitis kommt im Alter seltener vor, häufiger hingegen die destruktive Form mit Neigung zu Perforation und partieller Gangrän. Klinisch ist die Neigung zur Bildung gut abgegrenzter Abszesse in der Fossa iliaca bemerkenswert. Durch Entstehung eines peritonealen Reaktionswalles und Fixierung von Netz entsteht unter Umständen eine derbe Geschwulst mit allen Zeichen der Bösartigkeit. Die allgemeinen Symptome sind ohne große Bedeutung für die Diagnose des Grundleidens: allgemeine gastrointestinale Beschwerden, Stenoseerscheinungen und Ileussymptome. Objektiv ist das häufige Vorkommen von Apyrexie auffallend. Der Puls ist selten beschleunigt; der Druckschmerz wird diffus angegeben.

Bei der verhältnismäßig großen Zahl von Hernien bei alten Leuten ist auch das Vorkommen von Appendicitis im Bruchsack häufig. Eine seit Jahren bestehende reponible Hernie wird irreponibel und vergrößert sich; es treten Entzündungserscheinungen, Ödem und Rötung des Bruchsackes mit Schmerzen in der Geschwulst auf. Es gelingt selten, die richtige Diagnose zu stellen. Magen- und Darmblutungen nach Operationen, sowie postoperativer Ileus kommen ziemlich häufig vor. Die Sterblichkeit bei Appendicitis im Alter ist etwa doppelt so groß wie bei jüngeren Individuen.

Erhard Schmidt (Dresden).

---

34) **Bertelsmann. Appendicitis und Extra-uterin-Gravidität.** (Med. Klinik 1910. p. 1859.)

Bei einer Frau wurde Extra-uterin-Schwangerschaft, verursacht durch chronische Wurmfortsatzentzündung, angenommen. Bei der Operation fand sich ein Fruchtsack, dessen Wände von den Fimbrien des Eileiters, vom Eierstock und

Wurmfortsatz gebildet wurden. Letzterer war narbig verändert, subakut entzündet, verwachsen. Glatte Heilung. Georg Schmidt (Berlin).

35) **E. R. Hesse. Über die gegenseitigen Beziehungen zwischen Unterleibstyphus und akuter Appendicitis.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Fälle des Petersburger männlichen Obuchowhospitals. Viermal handelte es sich um Perforation typhöser Geschwüre im Wurmfortsatz, von denen ein Pat. nach Laparotomie genas.

Weiter wird ein Fall von Kombination von Abdominaltyphus und Appendicitis gebracht; Appendektomie, Heilung. — Endlich kommt ein Fall von typhöser Appendicitis, die sich am 18. Tage des Typhus entwickelte; Peritonitis, Appendektomie (keine Perforation), Heilung. — H. schlägt folgende Einteilung der betreffenden Fälle vor: 1) Zufällige Kombination von Typhus und Appendicitis; 2) typhöse Appendicitis (spezifische Erkrankung des Lymphapparates im Wurm) und 3) posttyphöse Appendicitis (infolge Stenose und Knickung nach Exulzerationen). Gückel (Kirssanow).

36) **A. L. Ssjusew. Zur Frage von der Appendicitistherapie.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Statistische Daten über das Material des Obuchowhospitals für Männer in Petersburg. 1903—1909 wurden 983 Fälle aufgenommen, davon starben 52 (= 6,51%): infolge Peritonitis 45, Ileus 1, eitriger Pleuritis 1, verschiedener Abszesse 3, nach Operation im Intervall 1; außerdem 2 an ulceröser tuberkulöser Peritonitis. Von den intern Behandelten starben 25 (= 1,49%), von 97 Operierten 37 (= 30,87%). Rezidive wurden 287 beobachtet (25,33%).

Die Übersicht bringt außerdem statistische Daten über Alter, Monat der Erkrankung, Dauer derselben (während der ersten 24 Stunden kamen bloß 119 = 11,63% ins Krankenhaus), Verhalten des Stuhles, Häufigkeit und Lokalisation des Infiltrats, des Ikterus. Operationen wurden gemacht: im Intervall 27, typische Abszeßinzisionen 27, eitrige Pleuritis, subphrenischer Abszeß, Abszeß in der Lebergegend, Ileus je 1, Abszeßinzision vom Mastdarm aus 4, diffuse Peritonitis 35 (von letzteren 4 geheilt). — Nicht einbegriffen in die Statistik sind 19 Fälle von Douglasabszessen (in einem besonderen Aufsatz von Stuckey veröffentlicht).

Gückel (Kirssanow).

37) **N. A. Weljaminow. Über die abwartende bzw. konservative Richtung bei der Behandlung der akuten Appendicitis.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 43 u. 44.)

W. kritisiert die Argumente der Anhänger der Frühoperation. Er selbst behandelte in der Klinik 131 Fälle (alle leichteren Fälle blieben zu Hause und wurden geheilt, mit Ausnahme eines im intermediären Stadium Operierten, der an Septikopyämie starb). Von den 131 starben 8. Im Intervall wurden 65 operiert, 1 Todesfall (Spätchloroformtod). Von 64 konservativ abwartend Behandelten heilten 39 (ein Teil wurde später im Intervall operiert); 25 mit Eiterung wurden operiert, und hier starben 6, unter ihnen einer an Pyämie d'emblée und 2, die mit Peritonitis in extremis eintraten. — Haupteinwände W.'s gegen die Frühoperation: 85% aller Pat. werden dabei unnötigerweise operiert, da sie auch bei abwartender Behandlung genesen; oft wird nach der Operation ein Bauchbruch

nachbleiben; nicht selten diagnostiziert man am 1. bis 2. Tag eine Appendicitis da, wo gar keine vorhanden ist. —

Schlußsätze: Die Frühoperation kann einstweilen noch nicht vom Katheder als wissenschaftlich allein richtige Behandlung erklärt werden; die Appendicitis darf auch nach Möglichkeit konservativ behandelt werden.

In der auf dem Vortrag W.'s folgenden Debatte erklärten sich die meisten russischen Chirurgen als Anhänger der Frühoperation.

Gückel (Kirssanow).

---

38) **E. L. Heiking. Über die chirurgische Behandlung der Appendicitis im Kindesalter.** (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 44.)

Die Appendicitis verläuft bei Kindern viel bösartiger, als bei Erwachsenen. Außerdem sind die Petersburger Chirurgen selten in der Lage früh zu operieren, oder die Operation — nach abwartender Behandlung des akuten Stadiums — im Intervall zu machen (niedere Bildung des Publikums). Von 210 Operationen an Kindern im Krankenhaus des Prinzen Peter von Oldenburg wurden bloß 20 im Intervall und 8 am 1. Krankheitstag ausgeführt, alle mit gutem Erfolg. 190 fallen auf das intermediäre oder Spätstadium mit 35% Mortalität. — H. spricht sich für die Frühoperation aus. Gückel (Kirssanow).

---

39) **L. G. Stuckey. Zur Frage von der operativen Behandlung der Douglasabszesse bei Appendicitis.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

26 Fälle, 24 bei Männern, 2 bei Frauen. Davon tödlich 7. 19mal wurde der Abszeß durch den Mastdarm eröffnet, 5mal hier eine Gegenöffnung angelegt. 2mal entwickelte sich der Eiterherd nach Frühoperation, 2mal war er das einzige Symptom. Todesursache: Peritonitis 4mal, subphrenischer Abszeß 1mal, Pneumonie 2mal.

Schlußsätze: Die Douglasabszesse werden am besten durch den Mastdarm eröffnet, wobei meist Lokalanästhesie des Sphinkter genügt. Der After wird dabei mittels Spekula dilatiert und der Schnitt unter Kontrolle des Auges ausgeführt. Kotinfektion kam nicht vor. In die Eiterhöhle wird für 48 Stunden ein Tampon (kein Drain!) eingeführt. Keine Einläufe, keine Spülungen des Mastdarms nach der Operation! Bei Abszessen, die im großen Becken entstehen und später ins kleine Becken hinabsteigen, muß man zuerst den Abszeß in der Darmbeingrube eröffnen und dann, wenn nötig, eine Gegenöffnung im Mastdarm anlegen. Bei großen abgesackten Abszessen der Bauchhöhle mit Eiteransammlung im Douglas legt man gleich bei der Operation eine Gegenöffnung im Mastdarm an. Durch diese Gegenöffnung wird ein durch die ganze Eiterhöhle gehendes Drain gezogen und nicht zu früh entfernt.

Die Krankengeschichten werden ausführlich gebracht.

Gückel (Kirssanow).

---

40) **Tyrell Gray (London). Lesions of the isolated appendix vermiformis in the hernial sac.** (Brit. med. journ. 1910. Oktober 15.)

Im Anschluß an einen eigenen Fall von akuter Wurmfortsatzentzündung im Bruchsack bespricht Verf. tabellenweise 54 solcher Fälle von Einklemmung oder Entzündung im Bruchsack aus der Gesamtliteratur. Dabei stellt sich heraus,

daß die Einklemmung doppelt so häufig ist wie die Entzündung. Am Schluß stellt Verf. die Literatur in 38 Nummern zusammen. Weber (Dresden).

---

41) Fritz Pabst. Ein Meckel'sches Divertikel in einer Hernia interparietalis inguinalis incarcerata dextra. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Der mitgeteilte Fall, dessen wesentliche Merkmale schon in dem Titel der Arbeit enthalten sind, stammt aus der Garrè'schen Klinik in Bonn. Der Befund wurde bei der Operation eines 5jährigen Knaben erhoben, bei dem außerdem der Descensus testium nicht vollendet war. Außer dem Meckel'schen Divertikel fand sich als Bruchsackinhalt eine Dünndarmschlinge, die aber im Gegensatz zum Divertikel nur wenig gelitten hatte. Reposition der Darmschlinge, Abtragung des Divertikels, Heilung.

Die sehr fleißige Arbeit, Dissertation, enthält aber mehr, als ihr Titel ankündigt, nämlich geschichtliche Daten über das Meckel'sche Divertikel, ferner einige entwicklungsgeschichtliche und anatomische Einzelheiten über dasselbe. So wird als Mittel aus einer großen Anzahl pathologisch-anatomischer Angaben die Häufigkeit des Vorkommens eines Meckel'schen Divertikels mit 1,3% der Fälle, seine durchschnittliche Länge mit 10 cm, seine Entfernung von der Ileocoecalklappe mit 20—80 cm angegeben.

Verf. hat dann aus der Literatur 122 Fälle von Meckel'schem Divertikel in Hernien gesammelt, deren Krankengeschichten er in kurzen Stichworten mitteilt. Davon waren 66 Leisten-, 24 Schenkel-, 18 Nabel-, 7 Nabelschnurbrüche und 1 Hernie des Recessus retrocoecalis. Von den 123 Fällen waren 86 reine Divertikelbrüche, in den übrigen waren außerdem noch andere Eingeweide im Bruchsack enthalten. Die Gesamtzahl der inkarzerierten Hernien betrug dabei nicht weniger als 54. Verf. bespricht dann Geschlecht, Alter, Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie. Auf Grund besonders des Lokalbefundes und des klinischen Verhaltens des Bruches hält er eine richtige Diagnose schon vor der Operation in manchen Fällen nicht für unmöglich.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

42) Propping. Ein Beitrag zur Frage der retrograden Darminkarzeration. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2.)

Verf. teilt aus der Rehn'schen Abteilung des Frankfurter Krankenhauses einen eigenartigen Fall mit. Eine 52jährige Frau kam wegen eines großen eingeklemmten Bauchbruches (in einer medianen Laparotomienarbe) zur Operation. Dabei zeigte das im Bruchsack gelegene Darmschlingenkonvolut so gut wie keine Ernährungsstörung; dagegen waren die in der Bauchhöhle gelegenen Nachbarschlingen, die zu- und abführende Schlinge, in einer Ausdehuung von je 40 cm hämorrhagisch infarziert. — Verf. bespricht im Anschluß daran den Mechanismus, der in seinem Falle zur Infarzierung geführt hatte, sowie in Kürze den der retrograden Inkarzeration überhaupt. Er kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1) Die Maydl'sche Definition der »retrograden Darminkarzeration« ist zu erweitern. Wir sprechen von einer retrograden Darminkarzeration, wenn bei einem irreponiblen oder eingeklemmten Bruch im ursächlichen Zusammenhang mit ihm ein dem Bruchdarm benachbarter, intraabdominaler Darmteil — die Verbindungsschlinge bei zwei Schlingen im Bruch oder die zu- oder abführende Schlinge — stranguliert wird.

2) Der Mechanismus der Strangulation ist entweder zweimaliger Durchtritt des Mesenteriums durch die Bruchpforte oder die Entstehung von Zugspannung im Mesenterium (Zugarkade bei der Strangulation der Verbindungsschlinge, Zugfalten bei der Strangulation der zu- oder abführenden Schlinge). Ob unter besonderen Umständen noch andere Mechanismen möglich sind, müssen weitere Beobachtungen lehren.« H. Kolaczek (Tübingen).

---

43) **M. Makkas. Hernia uteri inguinalis bilateralis.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 401.)

Beobachtung der Bonner chirurgischen Klinik. 47jährige Frau mit beiderseitigem Leistenbruch. Der Bruch der linken Seite, seit 2—3 Jahren bemerkt, trat bei der Arbeit heraus, war aber, übrigens schmerzfrei bleibend, seit 14 Tagen irreponibel. Die Geschwulst ist über gänseeigroß, prall elastisch, gedämpften Klopfschall gebend. — Diagnose irreponibler Netzbruch. Die Hernie der rechten Seite ist walnußgroß, reponibel. Ein kleinfingerdicker Strang geht von der Geschwulst in den äußeren Leistenring. Bei der unter Novokainanästhesie ausgeführten Operation findet sich im linken Bruche Ovarium, Tube und ein ca. 6 cm langes Uterushorn, dessen Peritonealüberzug sich in die Bruchsackserosa fortsetzt. Reposition der Teile, Vernähung der Bruchpforte. Bei Operation der rechtseitigen Hernie ergibt sich, daß der gefühlte Körper das rechte Horn des Uterus ist, von dem in einer Peritonealduplikatur sich ein starker tastbarer Strang zum linken Uterushorn erstreckt. Operationsbeendigung wie auf der linken Seite. Glatte Heilung. Die Scheide der niemals menstruiert gewesenen Frau war 6—7 cm lang und endigte blind. Der Fall steht, entsprechend der Seltenheit eines Uterus bipartus, bislang in der Literatur isoliert da.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

44) **Ruotte. Un procédé simplifié, de cure radicale de la hernie inguinale.** (Arch. de méd. et de pharmacie milit. 1910. Oktober.)

Verf. verwirft das Spalten der vorderen Wand des Leistenkanals bei der Operation von Leistenbrüchen. Nicht allein heile diese gespaltene vordere Wand nur unvollkommen trotz sicherer Naht, sondern infolge der mit dieser Spaltung verbundenen Trennung des N. genito-abdominalis träten nicht selten im Anschluß an die Bruchoperation ziehende Schmerzen in der operierten Leistengegend ein. R. sucht sogar die vordere Wand durch Raffung vermittels Catgutfäden im Anschluß an die Operation zu verstärken. Nach Durchtrennung der Haut legt er durch stumpfes Auseinanderziehen der Gewebe vermittels der Zeigefinger den Leistenring unblutig frei. Dann löst er ebenfalls stumpf den Samenstrang aus seiner Umgebung und durchschneidet in transversaler Richtung die glatten Muskelfasern des Stranges. Jetzt zieht er den Bruchsack so weit als möglich vor den Leistenring und reseziert ihn nach Unterbindung vor demselben, nachdem etwaiger Inhalt zurückgestreift ist. Nun folgt die Raffung und Fältelung der vorderen Wand durch Catgutnähte, dann die Hautnaht. Auf diese Weise ist die Operation außerordentlich vereinfacht; sie kann in 5—8 Minuten ausgeführt werden. Unter mehreren Hundert Operationen waren nur drei Rezidive.

Herhold (Brandenburg).

---

45) **Amza Jianu. Kolo-ileo-coekale Brüche.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 569.)

Eine einschlägige eigene Beobachtung J.'s betrifft einen von ihm in der Bukarester Klinik (Prof. Jonnescu) operierten 56jährigen Mann mit vor 16 Jahren zuerst bemerktem, jetzt mannskopfgroß und irreponibel gewordenem, rechtsseitigem Skrotalbruch. Der Bruchsack enthielt Blinddarm, aufsteigenden Dickdarm, sowie die Endpartien des Dünndarmes. Nach Verlängerung des Bruchschnittes bis gegen die Spina i. a. s. fühlte man, daß der Bruch nicht durch Hinuntergleiten erzeugt worden ist, indem der Winkel des Dickdarms samt dem Gekröse des Dünndarmes nicht von ihrem Sitze verschoben sind, sondern daß nur eine Verlängerung der colo-ileo-coecalen Schlinge vorhanden war. Hoden und Samenstrang wurden wegen untrennbarer Verbindung mit dem Bruchsack entfernt, letzterer reseziert, mittels Naht geschlossen und zusammen mit den angewachsenen Schlingen in die Bauchhöhle gebracht. Zum Schluß Bauchdeckenwundnaht unter Mitfixierung von Blind- und aufsteigendem Dickdarm mittels Silberdraht. Der eigenen kasuistischen Mitteilung folgt eine Allgemeinbesprechung der Blinddarmbrüche mit Literaturangaben, bei denen vorwiegend französische Autoren angezogen sind. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

46) **Paolo Fiori. Sui poteri di difesa del tubo gastro-enterico verso l'azione digerente del succo gastrico.** (Bollettino della soc. med.-chir. di Modena Anno XII. 1909/10.)

Mitteilung über Nachprüfung der Katzenstein'schen Versuche, den Schutz des Magens gegenüber der Selbstverdauung (Berliner klin. Wochenschrift 1908) betreffend. Verf. prüfte dieses Verhalten bei Hunden in der Weise, daß er teils plastische Magenlappen in den Magen hineinschlug und die Magenwunde wieder vernähte; teils das Duodenum und das Jejunum dadurch mit dem Magensaft in Kontakt brachte, daß er entweder den betreffenden Darmteil »parietal« in eine künstlich geschaffene Magenlücke einnähte oder denselben in Schlingenform in das Mageninnere hineinbrachte. In letzterem Falle wurden natürlich die beiden Schenkel der Schlinge miteinander anastomosiert.

Bei diesen Versuchen erwies sich die Magenwand selbst als refraktär gegenüber der peptischen Verdauung; das Duodenum zeigte sich aber — im Gegensatz zu den Versuchen Katzenstein's — nicht konstant als refraktär, während andererseits das Jejunum nicht unbedingt der Magenverdauung anheimfiel.

Bei Versuchen mit Verdauungsgemischen wurde durch Zusatz von Verarbeitungen von frischer Darmschleimhaut, die sowohl dem Jejunum wie dem Ileum entnommen war, eine kräftige Hemmung der Eiweißverdauung konstatiert.

Durch Erhöhung des Salzsäuretiters konnte dieses antipeptische Vermögen wieder vermindert werden.

Weitere Untersuchungen über diese für die Theorie der peptischen Gastrointestinalgeschwüre vielleicht bedeutungsvollen Verhältnisse werden in Aussicht gestellt. E. Melchior (Breslau).

---

47) **L. Fischel und F. Porges. Röntgenuntersuchungen des Magen-Darmtraktus mit spezieller Berücksichtigung der Frühdiagnose des Magenkarzinoms.** (Prager med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

Verff. teilen ihre Technik mit, die sie bei 97 Magenpatienten anwandten; es handelt sich um 22 klinisch nachweisbare Karzinome, 40 karzinomverdächtige

Pat.; 26 hatten Geschwürssymptome, die übrigen betrafen Lageveränderungen des Magens und Darmes. Zur Magenfüllung verwandten Verff. hauptsächlich Bismuthum carbonicum; die Untersuchung beginnt damit, daß die Pat. eine Bismutaufschwemmung (10—15 auf $^1/_2$ Glas Wasser) vor dem Leuchtschirm zu trinken bekommen, um den Weg genau kontrollieren zu können; dann bekommt Pat. 300—400 g Griesbrei, dem 30—40 g Bismut beigemischt werden. Reichlicher Milchzuckerzusatz parallelisiert die stopfende Wirkung des Bismuts und dient zugleich als Geschmackskorrigens. Aufnahmen werden gemacht sofort nach der Einnahme des Bismutbreies, 6 und 24 Stunden danach.

Über den Wert der Methode sprechen sich Verff. sehr vorsichtig aus. Eine Frühdiagnose des Karzinoms ist nicht möglich, für die Ulcusdiagnose ist die Methode sogar bedeutungslos; nur Karzinome, die schon mit einer wesentlichen Raumverengung des Magens einhergehen, kann man mit den Röntgenstrahlen nachweisen, dagegen Adhäsionen und Knickungen des Verdauungsrohres sehr schön darstellen. L. Simon (Mannheim).

---

48) **Emil Haim.** Beitrag zur Pathogenese der subkutanen Magen-Darmrupturen. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

H. beschäftigt sich in vorliegendem Aufsatz vornehmlich mit denjenigen subkutanen Magendarmzerreißungen, die durch Berstung oder Kontrekoup hervorgerufen werden. Er reduziert die Druckverhältnisse, die hier in Betracht kommen, auf relativ einfache Art, indem er von innen her nur einen sogenannten Endoviszeraldruck gelten läßt, der im Inneren des Magen-Darmkanals herrscht und der von der Füllung desselben abhängig ist. Von außen her wirkt entgegen nur der atmosphärische Druck, vermehrt durch die verschieden große Spannung der Bauchdecken. Bei den Berstungsrupturen wird zuerst stets die schwächste Schicht an ihrer schwächsten Stelle zerreißen, und zwar infolge des plötzlich vermehrten starken Innendruckes. Beim Kontrekoup wird hingegen die Darmwand an der Stelle reißen, wo sie durch die Flüssigkeitssäule getroffen wird. Diese Stelle wird durch die Richtung der Gewalt bestimmt. Berstungszerreißungen entstehen durch breit angreifende Gewalten, während die Kontrekouprupturen durch umschrieben angreifende Gewalten hervorgerufen werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

49) **J. J. Halpern.** Die gutartigen Erkrankungen des Magens und des Zwölffingerdarmes und ihre chirurgische Behandlung. Auf Grund des Materials des Smolensker Krankenhauses 1899—1908. Petersburger Diss. 1910. 177 S. (Russisch.)

167 Kranke: 77 mit Magen-, 7 mit Duodenalgeschwür, 58 mit narbiger Pylorusstenose, 4 Stenosen des Duodenum, 10 mit Perigastritis, 2 mit Narben der kleinen Kurvatur, 3 mit Magenverlotzung, 4 mit Gastroptose, 2mal ohne Nachweis von Veränderungen am Magen. Es wurden 179 Operationen — meist von S. J. Spassokukozki — ausgeführt: 148 Gastroenterostomien (145 nach v. Hacker), 3 Gastroduodenostomien, 12 Resektionen des Geschwürs, je einmal Enteroanastomose nach Braun, Gastrostomie, Gastropexie, Pyloroplastik, je 2mal Gastrotomie, Probelaparotomie, 3mal sekundäre Gastroenteroplastik, 5mal Laparotomie und Drainage. Die meisten Pat. waren Bauern, verließen das Krankenhaus bald nach der Operation ohne weitere Nachbehandlung und konnten sich auch weiter nicht schonen; daher zeigt das Material des Verf.s die reine Wirkung der Operation

auf den Verlauf des Krankheit. Unmittelbare Resultate: Von 179 Operationen waren 7 tödlich: 4mal Peritonitis, 2mal Herzschwäche, 1mal Ileus, bei der Operation übersehen. 13mal nach der Operation Pneumonie, 5mal Blutungen. Von 151 Gastroenterostomien endeten 3 tödlich; 4mal danach Circulus vitiosus, alle geheilt (1mal zweite Operation Enteroanastomose nach Braun). Von 12 Resezierten starben 2 mit Geschwüren an der kleinen Kurvatur. Von 3 Gastroduodenostomien mußte in einem Falle wegen Rezidivs die Gastroenterostomie gemacht werden. 1 Gastropexie — baldige Wiederkehr der Symptome.

Spätresultate:

Art der Krankheit	Gesamtzahl der Operierten	Nach der Operation gestorben	Am Leben geblieben	Davon mehr als $1/2$ Jahr verfolgt	Spätresultate: Geheilt	Bedeutend gebessert	Ungebessert
Pylorusgeschwür	48	1	47	30	18	6	6
Geschwür außerh. des Pylorus	25	2	23	20	6	7	7
Geschwürsperforation	4	1	3	2	1	—	1
Narbenstenosen	60	1	59	43	23	14	6
Perigastritis	10	—	10	9	6	1	2
Gastroptosis	4	—	4	3	1	—	2
Duodenalgeschwür	7	1	6	4	1	1	2
Duodenalstenose	4	—	4	2	—	1	1
Magenverätzung	3	1	2	1	1	—	—
Unaufgeklärt	2	—	2	1	1	—	1
Summa	167	7	160	115	58	30	28
					50%	25,9	24,1%
					75,9%		

Außerdem 12 Fälle mit geringerer Beobachtungsdauer (bis 15 Monate) — alle mit sehr gutem Resultat. — Von 111 nacherfolgten Gastroenterostomien war das Spätresultat 61mal sehr gut, 27mal gut, 23mal schlecht; von 3 Gastroduodenostomien 2mal gut, 1mal schlecht; von 3 Pylorusresektionen alle 3mal gut, von 4 Resektionen der kleinen Kurvatur 1mal sehr gut, 1mal gut, 2mal schlecht.

In einem Falle entwickelte sich nach der Operation ein peptisches Geschwür (von Spassokukozki beschrieben, Referat siehe dieses Blatt 1910, Nr. 9); in 4 Fällen narbige Stenose der Anastomose; eine Operation mit gutem Resultat.

Nach H. soll man bei jeder Gastroenterostomie den Magen auch von innen — durch die Anastomosenöffnung — mit dem Finger abtasten, um keine Veränderungen zu übersehen (Diagnose offener und vernarbter, sowie multipler Geschwüre). Die Resektion der Geschwüre gibt keine besseren Spätresultate als die Gastroenterostomie, ist aber gefährlicher und daher zu beschränken auf die Fälle mit Verdacht auf bösartige Degeneration des Geschwürs und bei leichter Zugänglichkeit desselben (vordere Wand, große Kurvatur). Es ist gut, der Resektion eine gleichzeitige Gastroenterostomie anzuschließen. Gückel (Kirssanow).

---

50) Fey (Saarbrücken). Pneumatose des Magens, geheilt durch unblutige Dehnung der Cardia. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 39.)

Der Inhalt der Mitteilungen ergibt sich aus der Überschrift. Die Dehnung

der Cardia geschah mittels der Gottstein'schen Sonde, wobei eine bis jetzt durch Monate konstatierte Beseitigung der Beschwerden erfolgte.

Deutschländer (Hamburg).

51) **P. A. Jappa. Zur Frage vom runden Geschwür des Magens und des Zwölffingerdarmes.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Im Petersburger Obuchowhospital wurden 1905—1909 66 Fälle von rundem Geschwür beobachtet: 59 am Magen, 7 am Duodenum. Sie bildeten 0,07% aller internen Kranken und 1% der Magendarmkranken. Davon starben 20 mit Magen- und 7 mit Duodenumgeschwür. 25mal wurde der Magensaft untersucht und 20mal der Salzsäuregehalt normal gefunden. Während derselben 5 Jahre wurden bei den Sektionen des Hospitals 61mal runde Geschwüre angetroffen; von ihnen waren 16 im Leben erkannt worden, 45 Pat. kamen mit anderen Diagnosen, darunter 35 mit Perforationsperitonitis. Diese 61 Fälle betrugen 1% aller Leichen. — Schlußfolgerungen: Das runde Geschwür ist in Petersburg nicht so selten, wie es scheint; die Pat., die fast alle zum Arbeiterstand gehören, wenden sich erst bei Auftreten schwerer Symptome ans Krankenhaus; die soziale Lage der Kranken erklärt die Häufigkeit der schweren Komplikationen. Das Prozent der latent verlaufenden Fälle scheint in Petersburg höher zu sein, als in Westeuropa. Hyperchlorhydrie wird nicht oft beobachtet und scheint keine Hauptrolle im Entstehen der Geschwüre zu spielen.

Gückel (Kirssanow).

52) **Payr. Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Anatomie des runden Magengeschwürs.** (Verhandlungen der Deutschen pathologischen Gesellschaft. XIV. Tagung in Erlangen. Aprill 1910.)

P. berichtet über seine erfolgreichen Versuche, durch endovasale Injektionen beim Hunde experimentelle Magengeschwüre zu erzeugen, die denen des Menschen außerordentlich ähneln (s. Referat dieser Zeitschrift 1909, p. 1729). Die durch diese Injektionen erzeugten Gefäßveränderungen bestehen in einer Endarteriitis und Endophlebitis. Das durch Resektion oder Exzision gewonnene Operationsmaterial ist besonders für die anatomische Untersuchung geeignet. Bestätigt wurde in den auf diese Weise gewonnenen Präparaten die außerordentliche Gefäßarmut des Geschwürstumors sowie im Sinne einer Endarteriitis oder Endophlebitis bestehenden Gefäßveränderungen. Die Gefäßarmut konnte P. auch durch Injektion einer Wismutpaste und nachfolgende Röntgenphotographie feststellen. Besonders eignet sich das operativ gewonnene Material dazu, die Häufigkeit der sekundären Karzinomentwicklung auf dem Boden des kallösen runden Magengeschwürs zu studieren; wenn es sich bei dem Studium dieser Frage, an deren Klärung Chirurgen und Pathologen zusammen arbeiten müssen, bewahrheitet, daß ein übergroßer Prozentsatz des kallösen Magengeschwürs krebsig entartet (nach Küttner's in Serienschnitten untersuchtem Operationsmaterial in 40%), so entsteht für den Kliniker dadurch die ernste Verpflichtung, sich mehr und mehr für die Resektion des kallösen Magengeschwürs zu entscheiden.

W. V. Simon (Breslau).

53) **Faulhaber (Würzburg). Zur Röntgendiagnostik des tiefgreifenden (kallösen) Ulcus ventriculi.** (Münch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 40.)

Ein tiefgreifendes kallöses Magengeschwür kennzeichnet sich röntgenologisch durch einen fleckförmigen Bismutschatten, der die sonst glatte Magenkontur,

breitbasig oder pilzförmig aufsitzend, unterbricht oder, wenn er neben dem Magen liegt, ohne Zusammenhang mit diesem erscheint. Ist im letzteren Falle der Schatten groß und relativ weit vom Magenschatten entfernt, so kann man auf ein in ein anderes Organ perforiertes Geschwür schließen. Die Diagnose gewinnt dabei ganz außerordentlich an Sicherheit, wenn zugleich an der Stelle oder in unmittelbarer Nähe des Bismutfleckes eine Sanduhrenge sichtbar ist. Aber auch der Befund einer solchen allein wird bei klinischem Verdacht auf Geschwür (Hämatemesis bzw. Melaena) für diese Diagnose schwer in die Wagschale fallen.

Kramer (Glogau).

---

54) **C. Mansell Moullin.** The action of gastroenterostomy in cases of gastric and duodenal ulcer in which there is no mechanical difficulty. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Der gute Erfolg der Gastroenterostomie in Fällen, wo keine Stenose besteht und wo bei der Operation nur ein kleines Geschwür oder gar nur eine Narbe gefunden wird, ist M. so auffallend erschienen, daß er diese Fälle auf Grund seiner Beobachtungen in seiner Weise deutete. Die Fälle zeigen fast alle einen Überschuß freier Salzsäure und Blutbrechen. Ihre Schleimhaut ist stark geschwollen, sehr gefäßreich, zerreißlich und zu Blutungen geneigt, so daß bei dem geringsten Reiz sich Blutergüsse bilden, die sich in Geschwüre umwandeln. Das Blutbrechen ist also nicht eine Folge der Geschwüre, sondern eher die Ursache. Das akute Geschwür ist in der weitaus größten Zahl der Fälle nur der örtliche Ausdruck eines allgemeinen, krankhaften Zustandes der Schleimhaut. Erst wenn es chronisch geworden ist, kann man es als Krankheit an sich ansprechen. Die überempfindliche, reizbare Schleimhaut führt nun zum Pylorospasmus, der seinerseits wieder verderblich auf den Zustand der Schleimhaut einwirkt. Als Ursache für diesen krankhaften Schleimhautzustand sieht Verf. orale Sepsis, zu reichliche Fleischkost, Alkohol und Essig in zu großen Mengen, die Toxine eines entzündeten Wurmfortsatzes, Gallensteine und anderes an. Wegen der besseren Abflußbedingungen wirkt die Gastroenterostomie so heilsam, weil damit der Pyloruskrampf aufhört, die Schleimhaut — nach Beseitigung der ursprünglichen Ursache! — sich erholt, das Geschwür heilt.

Weber (Dresden).

---

55) **E. Deanesley.** Excision of gastric ulcers. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Je näher das Geschwür dem Pylorus sitzt, um so günstiger sind die Ergebnisse der Gastroenterostomie, wie die Nachuntersuchung seiner Fälle aus 10 Jahren ihm bewies. Von denjenigen, bei denen das Geschwür nicht in der Nähe des Pylorus gesessen hatte, bekamen gut $^1/_3$ einen Rückfall ihrer Beschwerden: Schmerzen und Erbrechen. Am ungünstigsten stehen in dieser Beziehung die Geschwüre der kleinen Kurvatur, die auf beide Magenwände übergreifen, und diejenigen an der Rückwand da. Diese Fälle sollten mit Exzision behandelt werden. Solcher »zentraler Ulcera« hat Verf. acht operiert durch Exzision ohne Todesfall und mit vorzüglichem Dauererfolg. Darunter waren Fälle, in denen der Magen segmentär resezirt werden mußte, da das Geschwür beide Wände ergriffen hatte und tief ins Pankreas eingegraben war.

Weber (Dresden).

---

56) L. Kraft. Beiträge zur Behandlung der lebensgefährlichen Magenblutungen. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

Rovsing hat bekanntlich eine Methode der Magenuntersuchung angegeben, durch die man nach Inzision des Magens und Einführung eines cystoskopähnlichen Instrumentes den Magen beleuchten kann. Verf. hat sich diese Methode zunutze gemacht. Er behauptet, daß man die Magengeschwüre daran erkennt und die blutende Stelle danach beurteilen kann, daß man ein Gefäß plötzlich unterbrochen sieht. Gewöhnlich findet man am Ende des Gefäßes auch ein kleines Blutgerinnsel. Dieses Gefäß soll unterbunden werden, um die Blutung zu stillen. Die Unterbindung muß tief durch die ganze Magenwand angelegt und dann versenkt werden. Die Beleuchtung des Magens soll alle Teile absuchen. Bei dünnem Ligamentum gastrocolicum ist die Inspektion der Hinterwand leicht. Bei dickem Ligament muß man eine Eröffnung desselben vornehmen, um genügend sehen zu können. Nach der Unterbindung und der Entfernung des Beleuchtungsapparates schließt man die kleine Magenöffnung. Verf. hat fünf Fälle nach diesen Prinzipien operiert. Eine Pat. starb durch Kurzschluß auf dem Operationstisch. Es ist also nötig, einen Apparat zu gebrauchen, bei dem ein solcher Zufall ausgeschlossen ist. Bei K.'s Fällen hat es sich nur um oberflächliche Geschwüre gehandelt; er empfiehlt aber auch für tiefgreifende Geschwüre die Gefäßunterbindung statt der Exzision.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

57) Robert Hutchison. The schorstein lecture on congenital pyloric stenosis. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 8.)

Auf Grund seiner Erfahrungen an 20 privaten und 64 Krankenhausfällen bespricht Verf. die Pathologie und Therapie der angeborenen Pylorusstenose, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen. Was hier interessiert, ist sein ablehnender Standpunkt zur Operation. Von seinen 20 privaten Fällen wurden 17 durch innere Behandlung geheilt; von den übrigen drei, die dem Krankenhaus zur Behandlung übergeben werden mußten, starben zwei. Von den 64 Krankenhausfällen starben bei innerer Behandlung 78%! Trotzdem ist H. der Meinung, daß die Operation nie in Frage kommt. Man kann hier überhaupt nur zwei Auffassungen haben. Man operiert entweder alle Fälle mit ausgesprochenen Zeichen der Stenose sobald als möglich. Das würde die Sterblichkeit der Kranken ganz wesentlich in die Höhe treiben. Denn der Vorschlag, nur solche Fälle zu operieren, die nach mehrwöchiger innerlicher Behandlung ungebessert bleiben oder sich verschlechtern, ist unannehmbar, weil die Fälle dann in schlechtem Zustand zur Operation kommen, und weil man im Grunde genommen nie wissen kann, ob nicht doch noch die innere Behandlung die gewünschte Besserung bringen wird.

Weber (Dresden).

---

58) Haudek (Wien). Über die radiologischen Kriterien der Pylorusstenose. (Wiener med. Wochenschrift 1910. Nr. 36.)

H. hat in dem Holzknecht'schen Röntgenlaboratorium in mehr als 1000 Fällen Untersuchungen über die Austreibungszeiten normaler und pathologischer Mägen angestellt und ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen: Ein Magen, der innerhalb 6 Stunden eine aus 40 g Bismuthum carbonicum und 300 g Milchgries bestehende Mahlzeit vollständig ausgetrieben hat, ist einer organischen Pylorusstenose (auf der Basis eines Geschwürs oder Karzinoms entstanden) unverdächtig. Reste zwischen 6 und 24 Stunden nach der Mahlzeit finden sich bei

den sog. relativen Pylorusstenosen. Ein auch noch so kleiner Rest nach 24 Stunden ist für eine organische Pylorusstenose absolut beweisend. Ein größerer Rest nach 6 Stunden spricht für Stenose, ein kleinerer kann auch bei hochgradiger Atonie vorkommen. Für die Differentialdiagnose ist die Untersuchung in rechter und linker Seitenlage wichtig, insofern als sich größere Zeitunterschiede bei Atonie, geringere bei Stenose ergeben. Die Wismutmethode verdient gegenüber den klinischen Methoden den Vorzug, weil es für sie keine Kontraindikatlonen gibt (Magenschlauch bei organischen Erkrankungen!), weil sie technisch einfach ist, weil bei Erbrechen hinreichend genügende Mengen an den tiefsten Teilen des Magens liegen bleiben und weil sie auch quantiatliv bezüglich des Grades der Stenose verwertbar ist. Erhard Schmidt (Dresden).

---

59) P. Dilg. Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Pylorusstenose der Säuglinge und ihrer Behandlung. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 301.)

Bericht über einen einschlägigen Fall aus dem St. Josephstift Bremen (Oberarzt Dr. Gross), betreffend ein 11 Wochen altes Mädchen, das 3 Tage nach vollzogener Gastroenterostomie starb. Das gewonnene Sektionspräparat wird abgebildet, genau beschrieben und Maßangaben über Länge und Dicke des voluminösen Pylorus und seiner verschiedenen Wandschichten mitgeteilt. Trotz des schlechten eigenen Operationsresultates äußert D. sehr radikale operative Behandlungsgrundsätze für das fragliche Leiden und rät die Operation überhaupt von vornherein bei jeder, auch nicht hypertrophischen angeborenen Pylorusstenose an, »da wohl nur ganz wenig Fälle nach kurzer Beobachtung schon die Diagnose auf reinen Spasmus ermöglichen, und da weiter jedes Abwarten die Prognose einer Operation fast stündlich verschlechtert.« (? Ref.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

60) Alexis Thomson. Conditions liable to be mistaken for cancer of the stomach. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Unter 24 eigenen Fällen von Magenresektionen wegen vermeintlichen Krebses fand T. bei sorgfältigster Durchforschung sechs chronische, fibröse Geschwüre ohne eine Spur von Krebs, desgleichen unter 25 vermeintlichen Magenkrebsen aus der Hand anderer Operateure sieben, die frei von bösartigen Veränderungen waren, ferner unter 21 sogenannten Magenkrebsen aus der Universitätssammlung sechs nichtkrebsige Veränderungen. Am häufigsten wird die Fibromatose des Magens mit dem Krebs verwechselt. Sie ist eine Krankheit für sich und hat nichts zu tun mit der narbig fibrösen Verdickung am Grunde eines chronischen Geschwürs, die nichts destoweniger eine Fibromatose öfters begleitet. T. behauptet, daß jene Fälle von Magenschrumpfung, die als das Ergebnis eines atrophierenden Scirrhus angesehen werden, nichts anderes sind als diese an sich gutartige Fibromatose. Er beschreibt die genaueren makro- und mikroskopischen Unterschiede. Um diesen Verwechslungen vorzubeugen, tut man gut, auch chronische Geschwüre der Resektion zu unterziehen und sich nicht mit der Gastroenterostomie zu begnügen. Weber (Dresden).

---

61) Maylard and Anderson. Primary sarcoma of the stomach. (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Zwei Fälle von primärem Magensarkom. Im ersten Falle, der mit mäßigen Magenbeschwerden einherging, wurde die durch die Bauchdecken fühlbare

Geschwulst mit einem Stück der Magenwand exzidiert; es trat Heilung ein. Im zweiten Falle wurde die Geschwulst gelegentlich der Obduktion eines an tuberkulöser Mastdarmverengerung und Magenbeschwerden leidenden Mannes angetroffen. Beide Sarkome saßen mit einem breiten Stiel an der großen Kurvatur, beide waren cystisch veränderte Spindelzellensarkome.

Herhold (Brandenburg).

---

62) Dehmel (Stettin). Eine Nadel im Duodenum, durch Enterotomie entfernt. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

Der bei einem 5jährigen Knaben extrahierte Fremdkörper war eine 6 cm lange Busennadel mit einem kirschkerngroßen Glaskopf.

In dem vorliegenden Falle, der auf der Haeckel'schen Abteilung im Stettiner städtischen Krankenhause mit Erfolg operiert worden war, war die Nadel in der Pars descendens duodeni stecken geblieben, hatte deren linke Wand durchbohrt, war retroperitoneal durch die Radix mesenterii hindurchgedrungen und schaute mit ihrer Spitze in die freie Bauchhöhle. Durch Röntgenphotographie konnte die Diagnose des Fremdkörpers gesichert werden. Bei derartigen Fremdkörpern besteht eine absolute Indikation zum operativen Eingriff stets dann, wenn eine Perforation des Magendarmkanals bereits vorliegt oder droht.

Deutschländer (Hamburg).

---

63) A. A. Belogolowy. Drei Fälle von Allgemeininfektion vom Darm aus. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

In zwei Fällen bildeten sich nach perforativer Appendicitis lokalisierte Eiterherde neben dem Wurmfortsatz (im zweiten mit diffuser Peritonitis); von hier aus gelangten die Mikroorganismen aus dem Darm (Proteus Hauser bzw. Bakt. coli) in die Pfortader, riefen hier Trombophlebitis hervor und gerieten endlich ins Blut. Im dritten Falle — bei einem Alkoholiker mit Gallenstein — hatte ein Stein beim Passieren die Vater'sche Papille verwundet; infolge Narbenzugs wurde die Mündung des Ductus choledochus erweitert, aus dem Duodenum gelangte Proteus fluorescens Jaeger in die Gallengänge, rief Symptome der Weil-schen Krankheit und der Septhämie hervor; mit dem Proteus fanden sich gleichzeitig weiße Staphylokokken. Die Mikroorganismen waren in allen drei Fällen für Mäuse stark virulent und wurden während des Lebens aus dem Blut reingezüchtet; bei der Sektion fand man sie im Wurmfortsatz bzw. Duodenum, im Eiter, Harn usw. Alle drei Fälle boten das klinische Bild einer schweren Septhämie, bei der Sektion fanden sich zahlreiche Metastasen in Leber, Nieren und anderen Organen.

Gückel (Kirssanow).

---

64) W. A. Lange. Ein Fall von Dünndarmfibrom. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

50 Jahre alter, sehr fetter Mann, seit 5 Tagen Stuhlverhaltung mit Erbrechen. Seit 15 Jahren ein irreponibler Leistenbruch rechts. Herniotomie, Resektion des vorgefallenen Netzes; da das Hindernis höher sitzt, wird der Schnitt nach oben verlängert. Blind- und aufsteigender Dickdarm leer. Am Ileum 50 cm weit vom Blinddarm eine Invagination, die leicht gelöst wird, worauf man eine gut walnußgroße Geschwulst im Dünndarm fühlt. Resektion des Darmstückes, seitliche Anastomose der Enden. Nach 2 Tagen Auftreibung des Bauches, Schwäche, starkes Erbrechen schwarzer Massen und Tod (Darmparalyse, beginnende Peri-

tonitis). Die Geschwulst erwies sich als Fibrom mit Ursprung in der submukösen Schicht (Figur). Gückel (Kirssanow).

65) **Clark. The surgical consideration of congenital and developmental defects leading to obstinate constipation.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 6. 1910.)

An der Hand von vier eigenen operativ behandelten Fällen bespricht Verf. die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung hartnäckiger Verstopfung durch angeborene Bildungsfehler im und am Darmkanal und betont die oft außerordentlich schwere Beurteilung derartiger Fälle insbesondere mit Bezug auf eine eventuelle operative Therapie. W. v. Brunn (Rostock).

66) **Rudolf Goebell. Zur chirurgischen Therapie der Obstipation.** (Med. Klinik 1910. p. 1771.)

Zur Feststellung der Ursachen chronischer Stuhlverstopfung sind außer sonstiger genauer Untersuchung erforderlich: Röntgenaufnahme nach Probemahlzeit, Aufblähung von unten, Proktosigmoideoskopie, Sondierung und Diaphanoskopie mit Hilfe des Mastdarmspiegels, nötigenfalls Betastung des durch das Darmrohr mit Wasser gefüllten unteren Dickdarms.

Makro- und Megakolie als Ursache von Verstopfung sind seltener; häufiger liegt absonderliche Mastdarmklappenbildung vor. G. sah davon in den letzten 2 Jahren 5 Fälle. Die besten Operationserfolge werden bei angeborener Klappenbildung erzielt, weniger gleichmäßig gute bei Schleimhautfaltung infolge allgemeiner Senkung der Baucheingeweide. Man muß beide Arten durch Streckung des Darmes zu unterscheiden suchen. Für den Klappenschnitt (Valvidotomie) empfiehlt sich mehr noch als die Galvanokaustik die unblutige Durchtrennung mittels Quetschklammern, die durch das Proktoskop hindurch angesetzt werden. Beschreibung der Technik; Abbildung der Instrumente, die G. verwendet; entsprechende Darmbilder.

Dieses nekrotisierende Verfahren vermeidet Perforationen und ist kaum schmerzhaft. Krankengeschichten.

Auch die Lageveränderungen des Dickdarms sollen operiert werden, da sie jederzeit verhängnisvoll werden können. G. erprobte je nach der Ursache der Darmverlagerung, die festgestellt werden muß (Bindegewebszüge, Bauchfell- oder Netzstränge, starke Blinddarmentwicklung), die Dickdarmfaltung (Coecoplicatio), sowie die — meist zwei- oder dreizeitige — Resektion. Bei hartnäckiger Stuhlträgheit zweifelhafter Ursache ist ein Probeleibschnitt angezeigt, meist auch die Entfernung des Wurmfortsatzes zu empfehlen. Georg Schmidt (Berlin).

67) **H. v. Salis. Über Appendikostomie.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 3.)

Verf. berichtet über acht derartige Operationen aus der Würzburger Klinik (Prof. Enderlen). Er bespricht dann die Indikationen, die für diese Operation aufgestellt worden sind, an der Hand seiner Fälle und der Literatur und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

»Nach unseren Erfahrungen ist die Appendikostomie angezeigt vorzüglich zur Therapie der hartnäckigen Kolitis, so auch der einfachen Colitis membranacea, wenn eine gründliche, diätetisch-medizinische Behandlung (Mastdarmeingießungen, Massage usw.) keinen Erfolg aufweist. Sehr erfreuliche Resultate

erzielten wir bei der jauchig-ulzerösen Form. Die Spülungen von der Blinddarmfistel aus führten zu rascher Besserung des Allgemeinzustandes; Tenesmen, Blutabgang und Eiterung kamen zum Stillstand. Infolge dieser günstigen Wirkung erscheint uns das Verfahren einem größeren Eingriff (Totalexstirpation des Kolon nach Lane, Ileosigmoideostomie, Kunstafter) überlegen zu sein. Die Appendikostomie ist einfach auszuführen und für den Pat. schonend. — Zur raschen Entlastung bei mechanischem oder peritonitischem Ileus bietet die Appendikostomie aber ungünstige Bedingungen; hier schafft nur eine am Orte der Wahl angelegte weite Darmöffnung genügenden Abfluß.« H. Kolaczek (Tübingen).

---

68) L. L. Stelker. Kurze Übersicht der Ileusfälle des Obuchowkrankenhauses 1905—1909. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

52 Fälle. 9mal lag klinisch Volvulus vor; 4 davon genasen, 5mal konnte keine Sektion gemacht werden. 2 Fälle von Invagination wurden für Appendicitis bzw. Volvulus gehalten; beide † unoperiert. 1mal wurde der Ileus durch einen Strang verursacht, 1mal durch Stenose des Ileum, beide †. 39mal lag Volvulus vor: 25mal des S romanum allein, 5mal zusammen mit Verknotung des Dünndarms; von ersteren starben 17, letztere starben alle; Volvulus coeci 3mal, 1mal mit Ileumknoten (alle †); Volvulus des Dünndarms 5mal (4 †), des Dünn- und Dickdarms um ein Meckel'sches Divertikel 1mal. Im ganzen starben 38 von 52 Pat.; von 27 Operierten genasen 10 (8 von 18 Volvulus S romani, 1mal Dünndarmvolvulus und 1mal Meckel'sches Divertikel); von 25 nicht Operierten wurden 4 geheilt. — 2mal wurde Rezidiv des Volvulus S romani beobachtet.

Gückel (Kirrsanow).

---

69) Walther Dann. Über die vom sekundären Carcinomen erzeugten Darmstenosen. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 307.)

Die aus dem Göttinger pathologischen Institut (Prof. Kaufmann) hervorgegangene Arbeit bringt eine Sammlung von Obduktionsbefunden, betreffend Darmstenosen, hervorgerufen durch sekundäre Krebsbildungen, die sich als Metastasen von Primärkrebsen eines anderen Bauchhöhlenorgans herausstellten. Die Befunde interessieren den praktischen Chirurgen, da sie auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose gewisser Fälle von Darmstenosen Licht werfen. Die Zahl der von D. gesammelten Fälle, in welchen außer Göttinger Beobachtungen auch solche aus Kaufmann's früherer Tätigkeit in Basel Aufnahme gefunden haben, beträgt 48. 7mal bestanden die klinischen Erscheinungen von stenosierender Darmgeschwulst, während die Sektion primäres Magenkarzinom ergab, und 17mal fand sich unter gleichen Verhältnissen ein primärer Gallenblasenkrebs. Klinisch interessieren in erster Linie metastatisch-sekundäre Douglasgeschwülste, die ein Mastdarmkarzinom vortäuschen können, und wo, wie beiläufig bemerkt wird, nur die Tastung gesunder Schleimhaut eine richtige Diagnose ermöglicht. Hierher gehören 23 Fälle D.'s, 12 davon mit primärem Krebs des Magens, 5 mit Primärgeschwulst an Gebärmutter oder Eierstöcken, 6 mit solchem der Gallenblase, 2 mit Primärkrebs des Kolon. Die weiter folgenden Fälle betreffen Darmstenose erzeugende Karzinommetastasen im Hypochondrium (Dickdarm, Magen, Duodenum) und mehrfache Darmstenosen erzeugende Karzinommetastasen. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 33 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

70) Payr. Über eigentümliche, durch abnorm starke Knickungen und Adhäsionen bedingte gutartige Stenosen an der Flexura lienalis und hepatica coli. (Verhandlungen des XXVII. Deutschen Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden 1910.)

Unter Hinweis auf seine früheren Untersuchungen bespricht Verf. kurz die Anatomie und Physiologie der bereits normalerweise im Verlaufe des Kolon sich findenden Weghindernisse, insbesondere der linkseitigen Kolonflexur. Die häufigste Ursache für Verstärkung des Hindernisses durch Verstärkung oder Fixierung der vorhandenen Knickung bildet die Koloptose, von der Verf. zwei Hauptarten unterscheidet:

1) die fixierte Koloptose im Gegensatz zu der freien Darmsenkung;

2) die Fixation der stark spitzwinkligen Knickung durch Verwachsungen (Adhäsionsfixation). Auf das Zustandekommen dieser Fixationen wird näher eingegangen. Der bei stärkerer Knickung entstehende Sporn kann eine dauernde Verengerung des Darmes sowie den Mechanismus einer unter Umständen plötzlich auftretenden Gassperre (Ventilverschluß) bedingen.

Klinisch unterscheidet Verf. zwei sich aus den geschilderten Verhältnissen ergebende Krankheitsbilder:

1) Chronische Darmstenose.

2) Die Occlusionskrisen, die zuweilen eine Peritonitis oder einen Ileus vortäuschen können, sich aber in der Regel in einigen Stunden, manchmal allerdings erst nach mehreren Tagen zurückbilden.

Die in typischen Fällen leicht zu stellende Diagnose kann unter Umständen auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen. Alle in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden einschließlich der Röntgenuntersuchung sind zu verwerten. Wichtig ist die anamnestische Angabe, daß nach Nahrungsaufnahme die Beschwerden zunehmen. Nie ist eine Geschwulst zu fühlen. Auf die tatsächlichen und scheinbaren Beziehungen der Koloptose zur Appendicitis wird näher eingegangen.

Die Prognose hängt von der anatomischen Natur des Grundleidens und von dem Verlauf der Ocklusionskrise zusammen.

Therapeutisch wird man bei den Occlusionskrisen in der Regel ohne operativen Eingriff auskommen. Gut wirken zuweilen Atropin und Einläufe. Bei Verschlimmerung kommt die Coecostomie oder die Kolostomie in Betracht, die event. nur eine Gasfistel zu schaffen brauchen. Nur im äußersten Notfall soll man während der Occlusionskrise operativ die Stenose zu heben versuchen. Diätetische und medikamentöse Behandlung erzielen oft Besserung. Operationen zur Beseitigung der Stenosen waren: Lösung der Verwachsungen, Kolopexie, Darmanastomosen, Kunstafter, in seltenen Fällen Resektion. Die Erfolge der chirurgischen Behandlung sind gut, ihre Gefahren gering.

W. V. Simon (Breslau).

---

71) C. J. Bond. A method of establishing colotomy openings and permanent ureteral fistulae. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Wenn die Notwendigkeit vorliegt, eine Harnleiterfistel oder einen künstlichen After anzulegen, so umkleidet B. den die Bauchoberfläche beträchtlich überragenden Harnleiterstumpf oder den Dickdarm mit Haut durch eine besondere Plastik, deren Einzelheiten hier nicht wiedergegeben werden können. Es entsteht so eine mehr oder weniger große Hautpapille, auf deren Spitze sich

die Öffnung des Harnleiters oder des Dickdarms befindet. Das Verfahren hat den Vorzug, daß die anzubringende Pelotte viel besser luft- und wasserdicht schließend gemacht werden kann als ohne diese Hautumkleidung. Gute Abbildungen veranschaulichen das Verfahren, mit dessen Ergebnissen B. sehr zufrieden ist. Weber (Dresden).

---

72) P. Lockhard Mummery. The operative treatment of chronic mucous and ulcerativ colitis. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Jeder Operation bei chronischer Kolitis muß die Sigmoideoskopie vorausgehen. Denn über die Hälfte der Fälle sogenannter chronischer Schleimkolitis verdient diesen Namen gar nicht, sondern entspricht nur einer sekundären vermehrten Schleimabsonderung aus irgendeiner lokalen Ursache, aber nicht einer echten Entzündung des Dickdarms. Als Operation empfiehlt M. die fast ganz gefahrlose Appendikostomie, da die Ileosigmoidostomie ein zu ernster Eingriff, die Kolostomie eine zu große Belästigung ist. Von seinen sechs Fällen wurden vier geheilt, einer gebessert, einer blieb unbeeinflußt. Bei der ulzerösen Kolitis aber ist die früh genug ausgeführte Appendikostomie geradezu eine Lebensrettung. Denn über 50% dieser Fälle sterben, wenn sie nicht oder zu spät so behandelt werden. Weber (Dresden).

---

73) J. J. Grekow. Zur Behandlung der Darm- und Gekrösverletzungen — speziell des S romanum — bei geburtshilflich-gynäkologischen Operationen. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

1) Bei der vaginalen Enukleation einer großen intraligamentären Eierstockscyste wird das S romanum 1,5 m weit vom Gekröse abgerissen. Bei der Laparotomie findet man dasselbe von der Serosa entblößt bis zum Mastdarm (s. Fig. 1 A). G. wollte das S romanum in den Mastdarm invaginieren, doch drang die per rectum

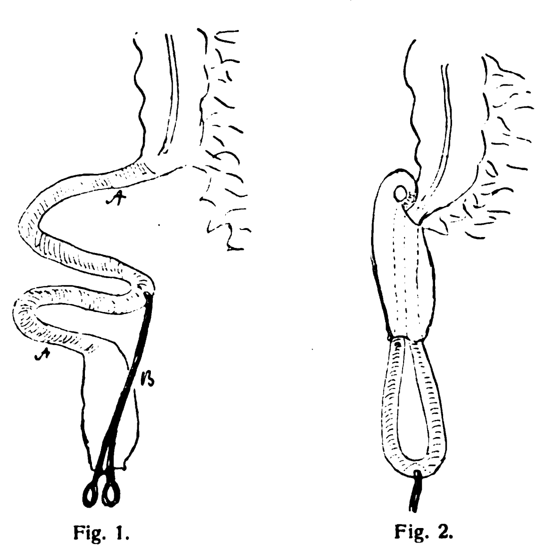


Fig. 1. Fig. 2.

eingeführte Kornzange nicht in die torquierte Flexur, sondern durchstach die Wand des Mastdarms (B). Nun zog G. die Flexur durch dieses Loch und aus

dem After heraus (Fig. 2), bis gesunde Teile der Flexur im Loche waren. Vor dem After wurde das überflüssige Stück abgeschnitten, ein langes Drain in den zuführenden Schenkel bis zum Colon descendens eingeführt und die Flexur am Drain und den Nates angenäht. In den Mastdarm wurden rings um das invaginierte Tampons gelegt. Entfernung der Cyste. Täglich Einläufe durchs Drain. Stuhl nach 7 Tagen, Abstoßung nach 10 Tagen. Heilung; ein Casper'sches Rektoskop passiert frei die Stelle der Verwachsung von Flexur und Mastdarm.

2) Bei Abortentfernung wird mit der Zange der Uterus perforiert und das S romanum vom Gekröse abgerissen. Laparotomie; Flexur 50—60 cm weit frei (Fig. 3). Mit einer in den Mastdarm eingeführten Kornzange faßte G. die Schleimhaut der Flexur und invaginierte letztere in den Mastdarm und zum After hinaus. Abschneiden des außen hängenden Stückes und Einführen eines Drains ins

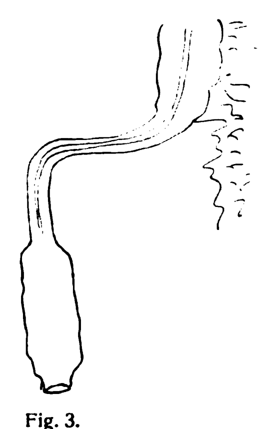


Fig. 3.

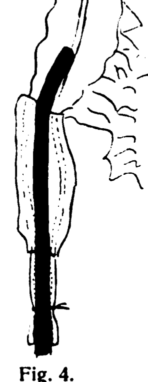


Fig. 4.

Descendens (Fig. 4); Fixation der Flexur am Drain und den Nates wie in Fall 1. Wie dort, waren auch hier keine Nähte in der Bauchhöhle am Darme nötig — der Darm hielt sich fest in der Invaginationsöffnung. Stuhl nach 2 Tagen, nach 6 Tagen Entfernung des Drains, nach 10 Tagen stieß sich die Flexur ab. Heilung (gestört durch einen retro-uterinen Abszeß). Auch hier passierte das Rektoskop frei den Verwachsungsring.

Die Operation lehnt sich an die Verfahren von Maunsell, Hochenegg und Kümmell an. G. empfiehlt sie auch für andere Krankheiten der Flexur, besonders für Volvulus. Sie ist leicht, erfordert nur 3—5 Minuten und keine Nähte im Bauch.

Gückel (Kirssanow).

---

74) Davis. The rectosigmoidal arterial anastomosis. (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Bekanntlich wird bei Unterbindung der Arteria haemorrhoid. superior die Gangrän des Mastdarms bei Karzinomoperationen dann vermieden, wenn dieselbe proximal von der kollateralen von der Art. sigmoidea herübergehenden Schlinge ausgeführt wird (Sudeck). Verf. hat an 21 Leichen festgestellt, daß diese kollaterale Schlinge 19mal vorhanden war. Bei den meisten Fällen wurde sie 1,5 cm unterhalb des Promontorium des Kreuzbeins, zweimal aber tiefer angetroffen.

Herhold (Brandenburg).

---

75) **P. Sudek. Bemerkungen zur hohen Mastdarmexstirpation.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI p. 619.)

Beim Angriff des Mastdarmkarzinoms durch Bauchschnitt durchtrennt S. die Flexur weit oberhalb der Neubildung, sodann das Mesosigmoideum bis zum Hauptstamm der Vasa haemorrhoid. sup., die doppelt unterbunden werden. Hierauf läßt sich der ganze periphere Darmabschnitt auch im Becken gut und fast ohne Blutung ausräumen. Der orale Darmstumpf wird nach Durchziehung durch den linken Musc. rectus in der Medianlinie eingenäht. Ferner empfiehlt S. bei diesen Operationen auch die Unterbindung der Mesenterica inf., die nicht zu Gangrän führt, wie S. in zwei Fällen erprobte. Endlich empfiehlt er zur unteren Angehung des Mastdarms den Schelkly'schen Schnitt: Vom Tuber ischii zur Kreuzbeinspitze, dann zum Tuber ischii der anderen Seite. Man bekommt damit auch ohne Knochenabtragung Raum für Einführung der ganzen Hand.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

76) **W. Ernest Miles. The radical abdomino-peritoneal operation for cancer of the rectum and of the pelvic colon.** (Brit. med. journ. 1910. Oktober 1.)

Auf jede vom Damm aus vorgenommene Operation wegen Mastdarmkrebs folgt in der Regel ein Rückfall, und zwar deshalb, weil die das Kranke umgebenden Gewebe nicht gründlich genug mit entfernt werden. Vom Gesichtspunkt des Rückfalls teilt M. seine 80 Fälle in Gruppen ein. In der ersten mit 9 Fällen erfolgte der Rückfall nach 6—8 Monaten und saß in der Haut und im Fett der Fossa ischio-rectalis; in der zweiten entfernte M. Haut und das Fett dieser Grube sehr ausgiebig und erlebte nur 2 Rückfälle in Haut und Fossa ischio-rectalis. Bei den übrigen 12 saß das Rezidiv höher oben am Levator ani, Prostata und Blasengrund. Der Sitz der primären Geschwulst war der gleiche wie bei der ersten Gruppe. In der dritten Gruppe, Resektionsfälle, trat der Rückfall frühzeitig auf, und zwar in der Mastdarmwand und ihrer Fascie. Daher operierte M. in Gruppe 4 an 11 Fällen so, daß er den Levator ani, die Fascia propria des Mastdarms, das präsakrale Gewebe und die Prostatakapsel mit entfernte und den Darm mindestens $7^1/_2$ cm oberhalb der Geschwulst durchtrennte. Die Rückfälle traten in dieser Gruppe höher oben im Beckenkolon, Bauchfell und Kolongekröse auf. So dehnte M. denn in Gruppe 5 — 16 Fälle — die Operation noch weiter aus, indem er so viel vom Dickdarm und seinem Gekröse entfernte, wie er erreichen konnte.

Bis 1906 hat er 59mal vom Damm oder Kreuzbein her operiert mit nur einem Todesfall, aber 54 Rückfällen, und er verfuhr daher bei den nächsten 26 Fällen — Gruppe 6 — nach der abdomino-perinealen Methode, mit 10 Todesfällen und 8 Dauererfolgen von $1^1/_2$ bis über 3 Jahren. Am Schluß der Arbeit folgt die genaue Beschreibung der sehr eingreifenden Operation.

In der Diskussion bekannte sich Lockhard Mummery als entschiedener Gegner des künstlichen Dauerafters und hält ihn nicht für unumgänglich nötig zur radikalen Heilung, während Bond und Drew meinen, daß ohne ihn in den Dauererfolgen der Mastdarmkrebsoperationen keine Fortschritte möglich sind.

Weber (Dresden).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 5. Sonnabend den 4. Februar 1911.

Inhalt.

I.

Eröffnung neuer Abfuhrwege bei Stauung in Bauch und unteren Extremitäten.

Von

Prof. Lanz in Amsterdam.

II.

Sehr auseinandergehend sind zurzeit noch die Ansichten über den Wert der Talma'schen Operation, die geniale Idee, einen Kollateralkreislauf zu schaffen zwischen Pfortader- und Körpervenensystem.

Persönlich habe ich die Talma'sche Operation viermal ausgeführt bei hochgradigem Ascites infolge Lebercirrhose. Das erstemal mit vollem Erfolg; bei einer Pat., bei der sich nach wiederholter Punktion in 3 Wochen schon wieder 20 Liter angesammelt hatten und eine Woche später bei der Einnähung des Netzes in das Peritoneum parietale wieder 15 Liter in der Bauchhöhle vorfanden, stellte

sich in unmittelbarem Anschluß an die Operation eine Ansammlung nicht wieder ein.

Auch bei einem zweiten Pat. war der unmittelbare Erfolg ein günstiger; doch weiß ich nicht, ob das Resultat ein dauerndes geblieben ist. In den beiden letzten Fällen dagegen war das Resultat ein völlig negatives, obschon ich im dritten Falle außer der Omentopexie zwei Catgutfaden ins Peritoneum einlegte, um die Flüssigkeit einerseits unter die Haut, andererseits in die hintere Rectusscheide durch Kapillardrainage abzuleiten, in meinem vierten Falle gar mit der Roux'schen Angiotribe zwei Netzstreifen formte, deren erster subserös verlegt wurde in die rechte Rectusscheide zur Anastomose mit der Vena epigastrica inferior, deren zweiter nach links hinüber subkutan geführt wurde zur Anastomose mit der Vena epigastrica superficialis.

Nun wurde der Klinik kürzlich ein 69jähriger Mann überwiesen mit der Diagnose Lebercirrhose, die sich auf den starken Ascites und den anamnestisch eruierten Alkoholismus des Pat. stützte. An eine Beurteilung der Leber war bei der enormen Auftreibung und starken Füllung des Abdomens nicht zu denken. Ödeme nicht vorhanden. Urin normal. Lungen frei.

Auffallend war dabei das völlige Fehlen ektatischer Venen in der Bauchhaut, und namentlich auch im Hinblick auf das Alter des Pat. lautete die klinische Diagnose auf Peritonitis carcinomatosa, obschon ein Tumor oder Ileuserscheinungen, die auf ein Karzinom hingewiesen hätten, nicht vorhanden waren.

Am 19. Oktober 1910 machte ich unter Lokalanästhesie mit 1%igem Kokain-Adrenalin einen rechtseitigen Inguinalschnitt wie zur Operation einer Leistenhernie, spaltete die vordere Wand des Leistenkanals und entleerte durch Punktion des Peritoneum mit dem Messer 12 bis 15 Liter hellgelber Ascitesflüssigkeit, von welcher 10 Liter in einem Eimer aufgefangen wurden. Dann wurde das Peritoneum breit eröffnet, das auf der Innenseite von miliaren weißlichgrauen, harten Knötchen übersät war, die karzinomatöser Natur zu sein schienen. Zum Zweck mikroskopischer Untersuchung wurde ein Streifen Peritoneum exzidiert, hierauf der rechte Hoden durch Zug am Samenstrang nach oben luxiert und vom Fundus scroti gelöst durch Durchquetschen des Gubernaculum Hunteri mit der Roux-schen Angiotribe. Zum Schluß wurde die Tunica vaginalis propria testis gespalten und nun der Hode in die freie Bauchhöhle verbracht. Dann wurde der Samenstrang in ganzer Länge zu beiden Seiten der peritonealen Inzision fixiert, um eine innige Verbindung zu erzielen, das Peritoneum fortlaufend geschlossen, darüber bis zum Tuberculum pubicum hinunter der untere Muskelrand an das Lig. Poupart. genäht, die Fascia abdominis externa fortlaufend rekonstruiert und auf diese Weise ein doppelter hermetischer Schluß des Leistenkanals erreicht. Fortlaufende Hautnaht. Kollodialstreifen.

Der sehr heruntergekommene Pat. ertrug den kurzen Eingriff in Lokalanästhesie ohne jede Störung. Jedoch verblieb die Entleerung des Ergusses ohne jede günstige Rückwirkung: Eine Besserung des Allgemeinbefindens, des Pulses trat nicht ein, obschon eine neue Ansammlung oder Zunahme der Spannung des Abdomen nicht auftrat.

Exitus am 24. November, 5 Wochen nach der Operation, nachdem die mikroskopische Untersuchung der Knötchen den tuberkulösen Charakter derselben ergeben hatte.

Bei der Sektion wurden aus dem kleinen Becken $3^1/_2$ Liter Flüssigkeit entleert, also wohl etwa die Quantität, die bei der Operation zurückgeblieben war.

Eine Wiederansammlung der Flüssigkeit hatte nicht stattgefunden (was allerdings bei der tuberkulösen Natur des Leidens nicht beweisend ist).

Der Samenstrang enthält sehr reichlich Lymphgefäße. Wenn man also das Peritoneum mit dem Samenstrang in Verbindung bringt durch intraperitoneale Verlagerung des letzteren, so ist einerseits die Etablierung eines kollateralen Lymphkreislaufs, andererseits die direkte Drainage der Peritonealhöhle längs dem Samenstrange möglich.

Dies scheint denn auch in der Tat der Fall zu sein, denn bei der Sektion (Prof. de Vries, Dr. Fokke Meursing) war in unserem Falle

1) eine seröse Durchtränkung von Samenstrang und retroperitonealem Bindegewebe rechts vorhanden, die links fehlte.

2) Der Lymphgefäßstrang des rechten Funiculus spermaticus deutlicher hervortretend als links.

3) An der Einmündung der rechten V. spermatica int. in die Vena cava inferior ein Paket geschwollener Lymphdrüsen, die links fehlten.

Will man nicht allein der Aufgabe der Lymphdrainage genügen, sondern der weiteren Indikation gerecht werden, das portale System zu entlasten, dann könnte man ja die Operation dahin erweitern, daß man den intraperitoneal verlagerten Hoden in einen Netzmantel einschlägt.

Jedenfalls würde man im Samenstrang ganz andere Vorbedingungen, ganz andere »venöse Möglichkeiten« finden, als in der Bauchwand.

II.

Perurethrale Glyzerin-Druckinjektion zwecks leichteren Entrierens sog. impermeabler Strikturen.

Von

Dr. Theodor Goldenberg in Nürnberg.

In Nr. 2 (1911) dieses Zentralblattes berichtet Herr Dr. Otto Franck über die Verwendung des Glyzerins als »Blasenlaxans« bei postoperativen Blasenlähmungen usw.

Während an der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M. (Geheimrat Rehn) ursprünglich die Injektionen durch einen Nélatonkatheter gemacht wurden, ging man in letzter Zeit dazu über, ca. 15—20 g durch das Orif. ext. direkt in die Blase zu spritzen, und zwar stets mit ausgezeichnetem Erfolg.

Daraufhin ging man weiter. »So konnten wir bei mechanischen und neurogenen Lähmungen vorübergehend wieder spontane Entleerungen herbeiführen, wobei das Glyzerin gewissermaßen als flüssiger Katheter wirkte, und selbst Strikturen und Verhaltungen zeigten noch augenscheinlichen, wenn auch nur momentanen Erfolg.« Diese Mitteilung gibt mir Veranlassung, meinerseits auf eine Methode hinzuweisen, die ich bereits vor $2^1/_2$ Jahren zum erstenmal — damals als Sekundärarzt der chirurg. Abteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau (Prof. Tietze) — anwandte, und die sich mir später in einer Reihe von Fällen glänzend bewährt hat.

Es handelte sich damals um einen Patienten mit hochgradigster Striktur. Alle Versuche, einschließlich der bekannten Kunstgriffe (Kokain-Suprarenin, mehrere filiforme Bougies nebeneinander usw.,) erfolglos, stellten die Geduld des Arztes und Patienten auf eine harte Probe. Da Urin noch tropfenweise abging, versuchte ich die unten näher zu beschreibende Injektion von Glyzerin.

Von zwei Eigenschaften desselben versprach ich mir einen Erfolg. Von seiner Dickflüssigkeit und von seiner Schlüpfrigkeit. Das Vorgehen gestaltete sich folgendermaßen: Das filiforme Bougie wurde bis dicht an die Verengerung geführt. Alsdann wurde eine gewöhnliche große Punktionsspritze ohne Kanüle auf das Orif. ext. aufgesetzt, eine Assistenz preßte mit der einen Hand die äußere Harnröhrenmündung über der Spritzenöffnung zu, die andere bediente die Spritze. Auf ein bestimmtes Kommando wurde rasch unter starkem Stempeldruck das Glyzerin (ca. 15 ccm) in die Harnröhre hineingepreßt, in demselben Augenblick schob ich das filiforme Bougie vor, das nun sofort spielend die Striktur überwand.

Fast dieselben Beobachtungen konnte ich später bei weiteren vier Strikturkranken (darunter zwei traumatische) und bei einer strikturierenden Prostatahypertrophie machen. Bei dieser letzteren spritzte ich durch einen Mercierkatheter mit einer Janet'schen Spritze ca. 20 ccm Glyzerin. Daraufhin passierte der Katheter leicht.

Die prompte Wirkung dieser Glyzerin-Druckinjektion erklärt sich aus den oben erwähnten beiden Eigenschaften des Mittels. Das dickflüssige Glyzerin wird durch die enge Strikturstelle in straffem Strahl hindurchgepreßt und wirkt hier — um eine Anologiebezeichnung mit dem »flüssigen Katheter« Franck's zu gebrauchen — gewissermaßen wie ein flüssiges Bougie. Gleichzeitig entfaltet es die buchtigen Taschen der Striktur, glättet ihre Wandungen und macht sie schlüpfrig. Die Flüssigkeit läuft dabei von der Spritzenöffnung direkt an dem eingeführten Bougie hinunter und bildet sozusagen eine verlängerte flüssige Spitze desselben. Bisweilen tritt im Moment der Injektion eine ganz leichte Blutung an der verengten Stelle auf als Folge von kleinen Zerreißungen einschnürender Narbenstränge.

Hierbei ist eine weitere Eigenschaft des Glyzerins von Vorteil, seine Wasserlöslichkeit. Es verdient deshalb den Vorzug vor allen öligen Substanzen, bei deren Injektion die Gefahr einer Embolie doch nicht ganz von der Hand zu weisen ist.

Ich habe mir von Georg Härtel in Breslau eine besondere Spritze konstruieren lassen, die die Assistenz bei der Injektion überflüssig machen soll. Ihr Prinzip beruht auf einem sehr geringen Längs- und großen Querdurchmesser (Trommelform — Inhalt 20 ccm) und in einem exzentrischen Ansatz einer die Ausflußöffnung in sich schließenden Olive, die eine besondere Durchbohrung hat, in der das filiforme Bougie läuft. Eine einfache Spritze tut jedoch denselben Dienst, und ich bin zuletzt stets damit ausgekommen.

Es ist mir nicht bekannt, ob diese Methode der forcierten »Glyzerin-Druckinjektion« früher bereits von anderer Seite systematisch angewandt worden ist. Ich habe sie nirgends (u. a. im »Handbuch der Urologie«) angeführt gefunden. Ihre Anwendung ist jedenfalls einfach und ungefährlich, ihr Erfolg bisweilen verblüffend. Eine Gegenindikation gibt natürlich jeder akut entzündliche Prozeß.

Da von der Möglichkeit, eine sog. impermeable Striktur in einem gewissen, oft eng umschriebenen Zeitraum doch noch mit einem filiformen Bougie zu

entrieren häufig die Frage »unblutige Dehnung« oder »Operation« entschieden wird, so kann die Bedeutung dieses kleinen Eingriffs bisweilen eine sehr große werden.

III.

Zur Technik der Nephropexie.

Von

Dr. Liek in Danzig.

In den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1910 (p. 241 bis 245) berichtet Kirschner über die Operation eines Kryptorchismus, bei dem die Fixation des herabgeholten Testikels durch einen Fascienmantel, gebildet durch freie Transplantation aus der Fascia lata femoris, erfolgt. In den epikritischen Bemerkungen zu diesem Falle findet sich der Passus: »Auch die Fixation anderer parenchymatöser Organe, beispielsweise der Wandernieren, kann unter Verwendung entsprechend geformter Fascienzügel offenbar leicht, verläßlich und ohne Schädigung des Organes ausgeführt werden«.

Mehrere Monate, bevor mir die Arbeit Kirschner's zu Gesicht kam, bin ich bei der Operation einer Wanderniere in ähnlicher Weise vorgegangen, nur mit dem Unterschied, daß ich nicht die Fascia lata fem., sondern Material an Ort und Stelle, die Capsula propria der Niere, zur Fixation verwandte. Bei der Unzahl von Modifikationen der Nephropexie — es gibt wohl kaum zwei Operateure, die dabei genau gleich vorgehen — ist es nicht ausgeschlossen, daß die hier beschriebene, sehr nahe liegende Methode schon von diesem oder jenem Operateur angewandt ist. In der mir zugänglichen Literatur finde ich sie nicht; ich teile sie mit, da sie mir dem Kirschner'schen Vorschlag überlegen erscheint.

Es handelte sich um eine 33jährige, sehr kräftige Frau, die seit der vorletzten (sechsten) Entbindung, d. h. seit 9 Jahren, an anfallsweise auftretenden, sehr heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend litt. Es war der Kranken selbst aufgefallen, daß während der Schmerzattacke unter dem rechten Rippenbogen eine rundliche, sehr schmerzhafte Geschwulst erschien, und daß die Urinentleerung während des Anfalles sistierte. Ich konnte zwei Anfälle beobachten; die Geschwulst erwies sich als die stark vergrößerte und äußerst druckempfindliche rechte Niere. Nach einigen Stunden klang der Anfall unter reichlicher Urinsekretion ab. Der Urin der rechten Niere (Ureterenkatheterismus) enthielt nach dem Anfall rote Blutkörperchen, Epithelien und eine Spur Eiweiß; der Urin der linken Niere war normal. Außerhalb des Anfalls war die rechte Niere in normaler Größe tiefstehend und beweglich zu palpieren; der Urin ohne krankhafte Bestandteile.

Ein Stein konnte durch Röntgenphotographie ausgeschlossen werden. Es handelte sich demnach um jene eigenartigen Anfälle, wie sie zuerst von Dittel als Niereneinklemmung beschrieben sind; man führt heute den Symptomenkomplex nicht auf eine einfache Verlegung des Ureters zurück, sondern auf eine Achsendrehung des ganzen Hilus (Ureter und Gefäße). Da jahrelange interne Behandlung (unter den verschiedensten Diagnosen) ohne jeden Erfolg geblieben war, die Anfälle in letzter Zeit sich fast täglich wiederholten, kam nur eine operative Therapie in Frage:

Am 15. VII. 1910 legte ich die rechte Niere durch Schrägschnitt frei und luxierte sie unter Befreiung von der Fettkapsel nach außen. Dann wird von einem

seichten Einschnitt am konvexen Rande die Niere nach beiden Seiten hin bis zum Hilus entkapselt. Die vordere Kapselhälfte bleibt aufgerollt am Hilus, die hintere wird kappenförmig um den unteren Nierenpol gelegt. Dann wird auf beiden Seiten eine Catgutnaht durch die Kapsel und um die XII. Rippe herumgeführt. Die Nähte werden angezogen, bis die Niere annähernd unter der XII. Rippe verschwindet und dann geknotet (s. die halbschematische Fig. 1). Die Niere liegt jetzt ohne Spannung in der Kapselkappe, etwa wie ein Ei im Eierbecher. Die Wunde wird bis auf einen kleinen Tampon geschlossen. Glatter Verlauf; Pat. steht am 12. Tage auf. Der Erfolg ist bisher ($5^1/_2$ Monate nach der Operation) ein ausgezeichneter. Schmerzanfälle, überhaupt Symptome seitens der Niere sind nicht wieder eingetreten. Die Niere ist nicht palpabel, der Urin ohne abnorme Bestandteile.

Gegenüber der von Kirschner empfohlenen Methode hat das eben beschriebene Verfahren den Vorzug der Einfachheit; man findet das Stützmaterial an Ort und Stelle und braucht keine zweite Wunde zu setzen.

Ob die Capsula propria in jedem Falle genügend fest zur Fixation ist, könnte zweifelhaft erscheinen. In dem hier beschriebenen Falle war die Kapsel sehr fest und derb, wohl infolge der vorangegangenen vielfachen Anschoppungen der Niere. Gerade die auffallende Derbheit der Kapsel brachte mich auf den Gedanken, sie plastisch zu verwerten.

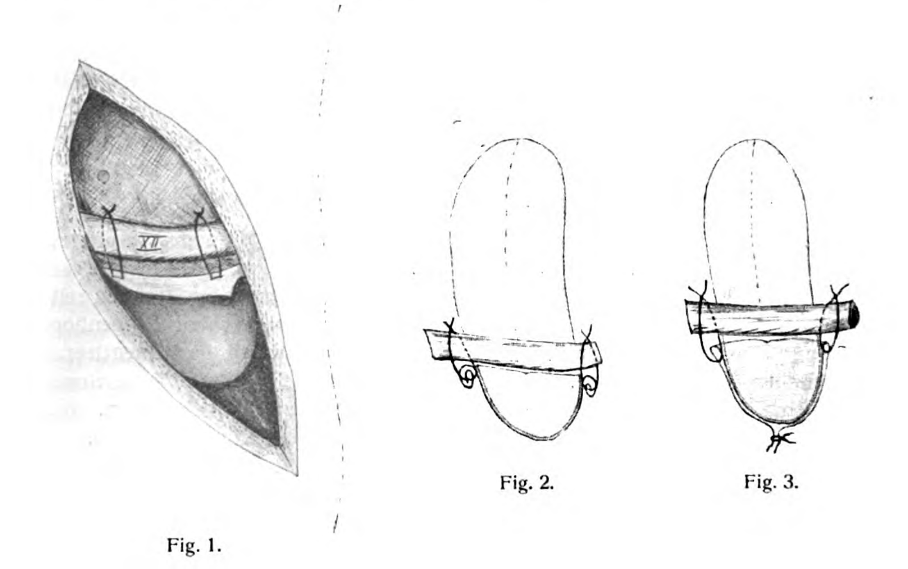


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Durch Leichenversuche habe ich mich überzeugen müssen, daß die Nierenkapsel oft so dünn ist, daß sie kaum geeignet erscheint, die Niere zu tragen. In solchen Fällen kann man etwas anders vorgehen: Man operiert wie in Fig. 1 angedeutet, nur daß man statt einer Kapselhälfte beide nacheinander über den unteren Nierenpol schlägt und die so verstärkte Kapsel an die XII. Rippe näht. Oder: Spaltung der Nierenkapsel vom Hilus entlang des Sektionsschnittes über den oberen Pol bis zu $^2/_3$ des konvexen Nierenrandes, Abziehen der Kapsel nach beiden Seiten unter mehrfachem Umkrempeln des freien Randes. Man gewinnt so einen dickeren Kapselrand, den man wie oben beschrieben, an die XII. Rippe

fixiert (Fig. 2). Endlich kann man die Kapsel durch Doppelung verstärken, indem man die vom oberen Nierenpol heruntergeschlagenen Kapsellappen über dem unteren Nierenpol vernäht (Fig. 3).

Ich glaube nicht, daß man am Lebenden zu diesen komplizierteren Verfahren wird greifen müssen. Heute gibt ja die Wanderniere als solche keine Indikation zur operativen Fixation, sondern nur die durch sie etwa bedingte Störung der Urinentleerung. Bei diesen Nieren wird man aber, ähnlich wie in dem von mir operierten Falle, infolge der häufigen Stauungen von vornherein auf eine derbere Kapsel rechnen können.

Unterstützt wird die Fixation durch Verwachsungen, die die übrige, zu $^2/_3$ dekapsuliert bleibende Niere mit ihrer Umgebung eingeht. Ich habe in meinem Falle einen kleinen Sicherheitstampon eingeführt, würde aber das nächste Mal primär ganz schließen.

Der Hauptvorteil der Methode scheint mir darin zu liegen, daß sie sehr einfach ist, die Niere sicher fixiert und jede Verletzung des Nierenparenchyms vermeidet.

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

190. Sitzung vom 12. Dezember 1910.

Vorsitzender: Herr Kausch.

Der Vorsitzende gedenkt zunächst Franz König's, der am heutigen Morgen verstorben ist. Die Versammlung erhebt sich zu Ehren König's.

Herr Kausch: 1) Operativ geheilter Fall von Hirschsprung'scher Krankheit.

Bei dem 4jährigen Knaben zeigte sich bei der Operation der untere Teil der Flexur ganz enorm ausgedehnt, nahm die ganze rechte Hälfte des Leibes ein, Colon asc. und Coecum lagen vor ihm und links von der Mittellinie; es bestand ein Mesenterium commune, unter dem die Flexur hindurchgekrochen war. Vorlagerung der ganzen Flexur, sogleich nach Verschluß des Leibes Abtragung derselben, sodann Anlegung der Spornquetsche und Beseitigung der Kotfistel genau wie bei der Vorlagerungsmethode.

2) Leontiasis fasciei.

Das 8jährige Kind hat seit Geburt eine Schwellung der linken Wange, zu der sich auch bald eine Schwellung auf der linken Kopfseite gesellte. Während letztere nur aus Knochen besteht, sind an der Schwellung des Gesichtes sowohl Knochen wie Weichteile beteiligt. Beide Schwellungen sind zirkumskript. Vom Schnitt der Oberkieferresektion aus wurde der überschüssige Knochen abgetragen, desgleichen die großen Fettmassen, die auf dem Knochen sowie diffus unter der Schleimhaut lagen. Der hintere Teil des Gesichts wurde wegen der Größe des Eingriffs zunächst noch nicht in Angriff genommen. Der vordere Teil des Gesichts hat jetzt normale Form.

3) Bildung eines neuen Gallenganges.

Bei dem 58jährigen Pat. bestand seit 8 Wochen kompletter Ikterus. Bei der Operation war die Gallenblase ganz geschrumpft, ohne Steine und Galle. Die Natur des im duodenalen Teile des Choledochus sitzenden Hindernisses konnte nicht festgestellt werden; sicher ist es kein Stein. Choledochostomie. Da die Passage der Galle nach dem Darm nicht frei wurde, auch nicht bei Kompression der Fistel, wird nach 2 Monaten ein neuer Gallengang gebildet; Enteroanastomose

50 cm unterhalb des Duodenum; dicht unterhalb der Enteroanastomose Durchtrennung der ausgeschalteten Darmschlinge, deren orales Ende blind verschlossen wird. Aus dem offenen Ende wird durch Plastik eine Röhre gebildet, ein Drainrohr von 16 cm Länge teils in diese enge Röhre, teils in den Rest des Darmschenkels gelegt, der durch Raffung verengt wird. Der Darmschenkel wird extraperitoneal gelagert. Nun wird die Gallenfistel dilatiert, der neue Gallengang wird in die Fistel eingeführt, so daß er im Choledochus liegt. Heilung.

4) Aufsetzen einer neuen Fingerkuppe.

Der junge Mann hatte sich an einer Maschine die drei mittleren Finger der linken Hand einen Finger breit oberhalb des mittleren Gelenks abgehackt. K. riet zum Aufsetzen neuer Fingerkuppen, was aber nur am Zeigefinger gestattet wurde. Es wurde ein gestielter Lappen aus der Brusthaut aufgepflanzt und nach 14 Tagen, vorgestern, der Stiel völlig durchschnitten. Der Lappen ist gut angeheilt.

Herr Nordmann: 1) Resektion eines tiefsitzenden Flexurkarzinoms nach Küttner.

N. stellt einen 67jährigen Mann vor, den er am 22. V. 1910 wegen eines Obturationsileus laparotomierte. Es fand sich ein Karzinom der Flexura sigmoidea mit dem Peritoneum parietale am Beckenboden verwachsen und dicht oberhalb desselben gelegen. Coecostomie. Erholung. Am 5. VIII. Laparotomie. Abbinden des Mesosigmoideum, stumpfes Freimachen des Tumors möglichst weit nach unten bis zum Levator ani, nach Abbindung der Art. haemorrh. sup. Schluß der Bauchwunde. Rückenlage. Schnitt in der Medianlinie. Resektion des Steißbeins. Ganz müheloses Herausziehen eines ca. 30 cm langen Stückes der Flexura sigmoidea. Vorlagerung. Schluß des Peritoneum. Bildung eines Sporns. Einnähen des Darmes in die Weichteilwunde. Tumor abgetragen. Ganz glatter Heilungsverlauf. Sporn später durch mehrfaches Anlegen einer Quetsche zerstört. Zunächst Abgang des Stuhls aus der Wunde in der Rima ani. Dieselbe ist jetzt bis auf eine kaum linsengroße Stelle geschlossen. Bei festem Stuhlgang ist Pat. ganz sauber. Gewichtszunahme von 35 Pfund.

N. empfiehlt dieses von Berndt, Moskowicz und neuerdings von Küttner empfohlene Vorgehen in allen den Fällen, in denen eine möglichst schnelle Beendigung der Operation notwendig ist. Er glaubt ferner, daß durch diese Modifikation der kombinierten abdomino-sakralen Rektumresektion der schwere Eingriff sehr verkürzt wird. Zum Verschluß des Defekts am Kreuzbein rät N. möglichst bald nach Reinigung der Wunde und Beseitigung des Sporns eine Lappenplastik ähnlich der Dieffenbach'schen bei Kotfisteln zu machen, da seines Erachtens auf diese Weise ein schnellerer Verschluß der häufig beobachteten Fisteln zu erreichen ist.

Diskussion. Herr Rotter berichtet, daß er die früher von ihm für hochsitzende Mastdarmkarzinome empfohlene abdomino-sakrale Methode wieder mehr verlassen hat. Er glaubt bessere Erfolge zu haben mit den rein sakralen Operationen, bei denen er nach Exstirpation des Tumors, falls keine Vereinigung möglich ist, den Darm in dem sakralen Teil der Wunde fixiert und den Defekt nach gesicherten Wundverhältnissen sekundär durch Lappenplastik deckt; er sei so am besten gegen die Gefahren der Darmnekrose gesichert, die nach Unterbindung der großen Darmgefäße infolge Spannung nach der Naht leicht eintrete. Herr Martens und Herr Sonnenburg befürworten, falls der anale Teil des Mastdarms erhalten bleiben konnte, nach Exzision der Schleimhaut desselben, den

Darmstumpf durch den After durchzuleiten und an dessen Haut zu fixieren. Herr Wullstein berichtet von einem Falle, bei dem er die plastische Deckung des großen Defektes nach Steiß-Kreuzbeinresektion durch eine Plastik aus der Skrotalhaut gedeckt hat.

Herr Kausch meint, das von Herrn Nordmann geschilderte Verfahren habe den Vorteil, daß die Operation völlig aseptisch verläuft, bis abgetragen wird. Einen anderen Vorteil sieht er in folgendem: Man weiß oft nicht, wenn man einen Tumor fühlt, ob man ihn von oben oder von unten herausbekommt. Gelingt ersteres, so ist es K. angenehmer; es kommt aber auch dabei vor, daß der abführende Schenkel zu stark gespannt und nekrotisch wurde; K. hat einen Fall sicher, einen anderen vielleicht dadurch verloren. Für diese Fälle hält er es für zweckmäßig, den Tumor nach unten hervorzuholen.

2) Operative Behandlung des Morbus Basedow.

N. legt folgende Leitsätze für die Operation der Basedowkrankheit dar: Die Operation soll nach einer längeren internen Therapie, in der besonders das Jod mit größter Vorsicht zu geben ist, möglichst frühzeitig erfolgen, besonders bei solchen Menschen, die auf ihrer Hände Arbeit angewiesen sind. Der Eingriff soll am besten in Äthernarkose ausgeführt werden, da die äußeren Eindrücke einer Operation in Lokalanästhesie für die nervösen und heruntergekommenen Kranken geradezu gefährlich sind. In den schwersten Fällen, in denen eine Resektion nicht zugemutet werden kann, empfiehlt sich eine Unterbindung der Arterien an drei Polen, nach der bereits eine große Anzahl von Besserungen beobachtet ist. Im übrigen empfiehlt N. die beiderseitige Resektion nach v. Mikulicz, da bei dieser Methode am ehesten Verletzungen der Nerven und Epithelkörperchen zu vermeiden sind und die Operation technisch ganz überraschend einfach ist. Empfehlenswert ist nach N.'s Ansicht ferner, daß man Basedowkranken bereits vor der Operation sagt, daß die Besserung und Heilung erst nach Verlauf einiger Monate allmählich eintritt.

N. stellt dann drei Frauen vor, die nach diesen Grundsätzen operiert und geheilt wurden.

I. 33jährige Schwester, seit 2 Jahren arbeitsunfähig, Mattigkeit, Ohnmachten, Tremor, Herzklopfen, Tachykardie. Nicht mit Jod behandelt. Große Struma. Beiderseitige Resektion vor 1 Jahre. Glatte Heilung. Jetzt wieder völlig erwerbsfähig, Puls 80, frei von allen Beschwerden.

II. 56jährige Frau, seit Jahren Kropf, Herzbeschwerden, hochgradige Tachykardie, Angstgefühl, Schwächeanfälle, in allen möglichen Bädern und Sanatorien auf Herzklappenfehler behandelt. Mäßiger Exophthalmus. Vor 1 Jahre beiderseitige Resektion einer großen Struma nach v. Mikulicz. Glatte Heilung. Pat. ist jetzt ganz gesund, hat 40 Pfund zugenommen, hat alle paar Wochen nach Aufregungen noch geringe Tachykardie.

III. 44jährige Frau. Vor 3 Jahren von der internen Abteilung mit schwerstem Basedow verlegt. Hochgradige Abmagerung, bettlägerig, Puls bis 200 Schläge in der Minute, unerträgliche Angstanfälle, völlig erwerbsunfähig. Ziemlich große Struma. Kragenschnitt. Außerordentlich vaskularisierte Struma. Unterbindung der Arterien an drei Polen, und vieler großer Seitenäste. Glatte Wundheilung. Allmähliche Besserung. Pat. ist seit $1^1/_2$ Jahren völlig arbeitsfähig, versieht ein Zigarrengeschäft, hat 50 Pfund zugenommen. Halsumfang 6 cm geringer als vor der Operation.

Diskussion. Herr Hildebrandt spricht sich nach dem Vorgange von Kocher für die partielle Exstirpation der Schilddrüse bei Basedow aus, und

zwar ebenso wie Kocher unter Vermeidung der Allgemeinnarkose. Die Operation sei mit Lokalanästhesie immer und ohne Schmerzen für den Pat. ausführbar. Die Frage, die noch zu entscheiden sei, sei die, welche Fälle man zur Operation auswählen und wie man sich insbesondere den schweren Fällen gegenüber verhalten solle. Man soll die Operation nicht zu lange hinausschieben. Bei den schweren Fällen will sich H. zunächst mit der Unterbindung der Arterien begnügen und deren Erfolg abwarten.

Herr Borchardt möchte auch die schweren Fälle sofort mit Resektion operiert wissen; er hat bei solchen überraschende Erfolge gehabt; er wendet in der Regel Allgemeinnarkose an, die die Pat. gut vertragen haben.

Herr Sonnenburg hat ebenfalls unter Allgemeinnarkose operiert; er meint, daß man die schweren und schwersten Fälle im allgemeinen nicht mehr operieren solle.

Herr Kausch: Bei der Struma ist es Geschmacksache, welche Anästhesie man nimmt. Bei Basedow hat K. den Eindruck, als wenn die Lokalanästhesie schadet wegen der kolossalen Erregung der Kranken.

Herr Borchardt: In dem allerschwersten von ihm operierten Falle, bei dem Lungenödem vorhanden war, ist narkotisiert worden, und der Pat. ist durchgekommen. B. bevorzugt den Äther.

Herr Kausch: Die beiderseitige Resektion hat zwar viele Gegner, doch hat K. immer den Eindruck, daß die, die gegen sie reden, sie nicht kennen. Eine Verletzung des Nervus laryng. inf. ist ausgeschlossen, weil man bei der Resektion gar nicht an die Art. laryng. inf. herankommt und man auch nicht in die Lage kommt, bei heftigen Blutungen aus ihr ohne Rücksicht zuzufassen; es blute zwar aus der Schnittfläche bei der Resektion ziemlich stark, aber die Blutung lasse sich immer leicht beherrschen. Bei einseitigen Resektionen wisse man auch nicht sicher, was an Strumagewebe auf der anderen Seite zurückbleibt.

Herr Hildebrand bemerkt, daß die Lokalanästhesie, wie sie jetzt nach dem Vorgange Braun's auch in den tiefen Gewebsschichten vorgenommen wird, weit vollkommener ist als die früheren Methoden, bei denen man eigentlich nur Haut und Unterhaut unempfindlich machte.

Herr Kausch gibt den Fortschritt in der lokalen Anästhesie nach Braun zu, hebt aber hervor, daß die kolossale Erregung der Basedowkranken, wenn sie im wachen Zustand operiert werden, damit nicht wegfällt; sie stelle eine vielleicht größere Gefahr für das Herz dar als die Narkose.

Herr Berendes: a. Blei im Ohre.

B. zeigt Photographien und Röntgenbilder eines Rohrlegers, der sich bei einem Gerüsteinsturz flüssiges Blei über die rechte Seite des Kopfes, den Rücken und beide Arme gegossen hatte. Bei seinem Eintritt ins Krankenhaus wurde ihm ein völliger Abguß vom äußeren Gehörgang und der Ohrmuschel entfernt. Im Verlauf der Krankheit zeigte sich absolute Taubheit des rechten Ohres, völlige Facialisparese und Schwindelgefühl. Ein daraufhin aufgenommenes Röntgenbild zeigte, daß sich auch im Mitelohr ein Bleiklumpen befand. Durch eine von Herrn Nordmann vorgenommene Aufmeißelung wurde ein Stück Blei entfernt, das in seiner Form die Pauke sowie den angrenzenden Teil des inneren Ohres wiedergab. Nach Heilung der Hautwunden durch Transplantationen wurde Pat. 7 Monate nach der Einlieferung arbeitsfähig entlassen. Als Residuen blieben außer zahlreichen Narben rechtseitige Taubheit und Facialisparese.

b. Pankreasschuß.

B. stellt einen Pat. vor, der sich durch einen Revolverschuß von vorn eine isolierte Verletzung des Pankreas zugezogen hatte. 2 Stunden nach der Verletzung Laparotomie durch Herrn Nordmann. Hinter dem Ligament. gastrocolicum ca. 500 ccm flüssiges Blut und Koagula. In der Tiefe spritzen Gefäße. Erst nach Eröffnung des Ligament. hepatogastricum gelingt es, die Art. pancreaticoduodenalis superior und einige kleinere Gefäße zu unterbinden, sowie das verletzte Drüsengewebe zu vernähen. Mikulicz-Tampon durch das Ligament. hepatogastricum, Drain durch das Ligament. gastrocolicum.

Nach 8 Tagen Entfernung des Drains, aus dem sich nur Spuren von Sekret entleert hatten. Nach 4 Wochen völlige Heilung.

Der günstige Erfolg muß der sehr bald nach der Verletzung vorgenommenen Operation sowie dem Umstande zugeschrieben werden, daß das Pankreas zwischen mittlerem Drittel und dem Schwanzteil getroffen war, wo ein größerer Drüsengang nicht in Frage kam.

Diskussion. Im Anschluß an den vorgestellten, von ihm mit Glück operierten Fall von Pankreasschuß berichtet Herr Nordmann über eine zweite isolierte Schußverletzung des Organs. 26jährige Frau, linkshändig, schoß sich in selbstmörderischer Absicht mit einem Revolver in der linken Axillarlinie in den VIII. Interkostalraum. Nicht ein einziges Zeichen einer Organverletzung. Deshalb zunächst Exspectatio. Nach 2wöchigem sehr gutem Allgemeinbefinden plötzlich Kollaps, Erbrechen, Druckempfindlichkeit im Epigastrium. Laparotomie. Einige Fettgewebsnekrosen, aber keine Spur von Peritonitis. Großer Abszeß in der Bursa omentalis. Zerreißung des Pankreas. Drainage der Bursa oment. Sonst keinerlei Organverletzung. Tod im Kollaps. N. rät, in jedem Falle von Schußverletzung, bei der eine intraabdominelle Organverletzung vorliegen könnte, stets sofort zu laparotomieren.

Herr Müller: a. Neue Operation bei schwerem Plattfuß.

M. zeigt zwei Pat., bei denen wegen schweren Plattfußes durch Herrn Prof. Kausch eine bisher nicht übliche Operation gemacht wurde. Es wurde in beiden Fällen aus dem Talus ein wagrecht liegender, ziemlich breiter Keil herausgemeißelt, aus dem Os naviculare ebenfalls ein breitbasiger Keil, der senkrecht auf dem ersten stand. Gute Beeinflussung der Valgität und der Abduktionsstellung des Vorfußes. Gutes und dauerndes kosmetisches und funktionelles Resultat. Demonstration der Röntgenbilder und Plattfußabdrücke.

2) Fall von Tarsectomia anterior.

Prof. Kausch hat wegen Tuberkulose des Mittelfußes bei einem Fräulein, das vor 5 Jahren wegen des gleichen Leidens den linken Fuß verloren hatte, die Exstirpation der drei Ossa cuneiforma, des Os cuboid. und von Teilen des Metatarsus II und III ausgeführt. Fixierung des Metatarsus I auf das Os naviculare mittels Elfenbeinstiftes, ebenso des Metatarsus IV auf den Calcaneus; alles von einem quer über den Fußrücken gehenden Schnitt aus. Gutes funktionelles Resultat. Demonstration der Röntgenbilder.

Herr Rosenstein: Verhütung von Narkosenlähmung.

In der Literatur findet sich fast keine Statistik über die Frequenz der Narkosenlähmungen. Im Schöneberger Krankenhause kamen 0,4% dieser Lähmungen unter sämtlichen Narkosen vor. R. glaubt, sie durch eine zweckentsprechende Armlagerung während der Narkose verhüten zu können, da er sich durch Ver-

suche an der Leiche davon überzeugt hatte, daß die Lähmungen, wie es Büdinger zuerst ausgesprochen hat, durch eine Einklemmung des Plexus brachialis zwischen Schlüsselbein und erster Rippe infolge falscher Armlagerung zustande kommen. Die für den Plexus brachialis günstigste Lage wird dann erreicht, wenn die Arme des Pat. dem Körper entweder anliegen oder senkrecht zu demselben in die Höhe gestreckt werden.

Um die Arme dem Körper anzulagern (bei Aufgabe der Kontrolle an der Radialis) demonstriert R. erstens eine von Kausch, zweitens eine von ihm angegebene Handschelle, die beide die Arme des Pat. an seinen eigenen Körper fixieren. Kommt es aber darauf an, den Puls an der Radialis zu kontrollieren, dann will R. die Arme des Pat. senkrecht zu dem horizontal liegenden Körper in die Höhe gestreckt und fixiert wissen. Er demonstriert ein von ihm angegebenes Gestell — einen am Operationstisch zu befestigenden Bügel mit zwei aufklappbaren Blechhülsen — in die die Arme des Pat. hineingesteckt werden. Durch einen Ausschnitt ist der Radialispuls bequem zu fühlen. An dem Bügel wird fernerhin das sterile Laken befestigt, um zur Erhöhung der Asepsis den Kopf des Pat. sowie den Narkotiseur vom Operationsfeld vollständig abzuschließen. — Die Apparate sind durch das Medizinische Warenhaus zu beziehen.

R. Wolff (Berlin).

---

2) A. Theilhaber und G. Greischer. Zur Ätiologie der Karzinome.

(Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 530. 1910.)

Statistische Betrachtungen nach den Leichenschauscheinen der Stadt München für 1907 bis 1909, Berücksichtigung der Verteilung der Karzinome auf die einzelnen Organe, auf beide Geschlechter; soziale Stellung und Alter, Rasse der Karzinomkranken. T. hält für das Ausschlaggebende für die Veränderung der Wachstumsverhältnisse zwischen Ektoderm und Mesoderm die Herabsetzung der Lebensfunktion der mesodermalen Gewebe. Es spielt eine Verminderung der mesodermalen Wachstumsstoffe eine wichtige Rolle, wie umgekehrt bei vielen anderen Geschwülsten eine Vermehrung derselben ätiologisch sehr wichtig ist, z. B. bei Myomen, vielleicht auch bei Sarkomen. Deswegen treten letztere seltener in höherem Alter auf.

Sehr annehmbar, aber auch nicht ganz neu ist das, was T. von der Entstehung des Rezidivs sagt, daß dies nämlich zuerst nach der Operation durch die Hyperämisierung des Operationsfeldes verhindert wird, aber später (nach 1 bis 2 Jahren) erscheint, wenn die Narbe wieder zur Unterernährung führt. Nach T.'s Anschauungen ist es daher möglich, daß »die Gefahr der wirklichen Rezidive durch eine allzu große und allzu breite Narbe unter Umständen etwas vermehrt wird«.

Die Heilung des Krebses durch Sonnenlichtbestrahlung führt T. mit Wahrscheinlichkeit auf örtliche Hyperämie und Hebung der Ernährung zurück. »Vielleicht ließen sich auch die Resultate bessern, wenn die operative Technik die Erhaltung der mesodermalen Gewebe mehr berücksichtigen und zum Ersatz für das verlorengegangene Mesoderm transplantiertes Gewebe heranziehen würde.«

Auch nach der Heilung der Operationswunden muß die örtliche und allgemeine Disposition bekämpft werden durch Berücksichtigung des Gesamtstoffwechsels: Treffliche Ernährung, Fernhaltung psychischer Erregungen, Bade- und klimatische Kuren; vielleicht auch Arsenik; bei Uteruskrebsen durch Oophorin zur Herbeiführung stärkerer Kongestion, bei Luetischen zur Heilung der Arteriitis

Hg und Jod, bei Alkoholismus Abstinenz. Sehr wichtig dürfte Hyperämisierung der Narbe sein: heiße Teil- oder Vollbäder, heiße Umschläge, Heißluft, Elektrizität, Röntgenstrahlung, blutige Schröpfköpfe, Stauungshyperämie.

Goebel (Breslau).

---

3) **Isaac Levin. Cancer among the American indians and its bearing upon the ethnological distribution of the disease.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 422. 1910.)

Die amerikanischen Indianer leben in Reservaten und sind sanitär bewacht von extra angestellten Kollegen. So konnte ein Fragebogen über alle herumgeschickt werden. 107 Ärzte antworteten, die eine Bevölkerung von 115 455 versorgen. Es wurden nur 29 Fälle von »Cancer« gemeldet, und zwar für einen Zeitraum der Praxis von wenigen Monaten bis über 20 Jahre. Diese Seltenheit des Karzinoms ist nicht — im Sinne Bashford's — durch mangelnde Diagnose oder zu geringes Durchschnittsalter zu erklären. 1900 waren von 1000 Indianern 207,81 35 bis 59 Jahre alt, Weiße dagegen 219,12. Im Alter von 60 bis 89 Jahren standen 67,93‰ der Indianer und 65,28 der Weißen; im Alter von 95 bis 99 Jahren 537 Indianer und 51 Weiße per Million. Auch das Klima kann die Immunität nicht machen. Es bleibt nur eine Rasseneigentümlichkeit übrig, unter der Verf. aber nicht ethnologische Differenzen der Körperstruktur, sondern auch Unterschiede der Umgebung, der Lebensweise, der Nahrung, Beschäftigung usw. versteht. Es ist aber nicht nach der Theorie Williams' etwa an geringere Aufnahme von stickstoffreicher Nahrung zu denken. Der mangelnde Kampf ums Dasein und das Fehlen von seelischen Irritationen ist das Einzige, was die primitive Rasse vor der zivilisierten voraus hat.

L. betont noch die interessante Tatsache, daß es gewöhnlich Sarkome und Epitheliome der äußeren Körpergewebe sind, die wir bei primitiven Völkern finden, also Neubildungen, die wir auf mechanische Reize zurückführen können, während bei zivilisierten Nationen der Krebs der parenchymatösen (soll heißen inneren) Organe überwiegt.

Goebel (Breslau).

---

4) **Kölb. Der Einfluß des Berufes auf die Häufigkeit des Krebses. (Zweite Mitteilung des Bayrischen Komitees für Krebsforschung.)** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 445. 1910.)

Benutzung der Statistik der während der 4 Jahre 1905 bis 1908 in Bayern vorgekommenen Krebstodesfälle; bearbeitete Fälle 29 693, nämlich 11 795 Männer und 15 168 Frauen; letzte Berufszählung am 14. Juni 1907. Die großen Abteilungen der Berufe haben folgende aufsteigende Reihenfolge der Krebshäufigkeit: Landwirtschaft, freie Berufe, Industrie, Handel und Verkehr mit Wirtsgewerbe. Deutlich unter dem Mittel stehen die Gruppe der Steine und Erden, die Bergleute, Baugewerbe, Reinigungsgewerbe und chemische Industrie, von Einzelberufen die von Unterstützung Lebenden; beträchtlich über dem Mittel das Wirtsgewerbe, Metall-, Maschinen- und Holzindustrie, von Einzelberufen die der Küfer und Metzger. Nur spezifisch einwirkende Berufe haben einen deutlichen ätiologischen Einfluß. Hierzu kann man als sicher auch die Verlockung zu Alkoholmißbrauch nach den Erfahrungen an Wirten, Küfern, Handelsreisenden (Payne), Wirtsfrauen zählen. Auch die auffallende Häufigkeit des Darm- und Mastdarmkrebses in Südbayern ist Folge des übermäßigen Biergenusses, während die Häufigkeit des Speiseröhrenkrebses in Nordbayern mit Weingenuß in Zusammenhang ge-

bracht wird. Die Arbeit im Freien erscheint im Gegensatz zu Mc Connel vorteilhaft, dagegen müssen fortgesetzte schwere Arbeit und alle Berufe, welche mit ihr verbunden sind, frühzeitiges Altern und damit eine Prädisposition für Krebsentstehung herbeiführen. Trotzdem aber begünstigt Überernährung die Krebsentstehung (Metzger). Goebel (Breslau).

---

5) **M. Askanazy. Chemische Ursachen und morphologische Wirkungen bei Geschwulstkranken, insbesondere über sexuelle Frühreife.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 393. 1910.)

Nachdem zuerst die chemische Seite der Geschwulstkachexie und das Problem der Lokalisation der Metastasen kurz erörtert ist, und auf den chemischen Gedanken zur Erklärung des Geschwulstwachstums: Ehrlich's Wuchsstoff, die Lehre von der Azidität von Geschwulst- und Körperstellen gegenüber Nährsubstanzen, auf direkte Tatsachen chemischer Natur beim Studium der Proliferationsvorgänge (z. B. die lebhaftere Proliferation embryonalen Gewebes nach Behandlung mit Ätherwasser) hingewiesen ist, wird ausführlicher über korrelative Beeinflussung des Organismus oder seiner Organe im Sinne einer progressiven, hyperplastischen Entwicklung durch Geschwulstbildungen referiert. Verf. geht aus von der Beobachtung vorzeitiger Entwicklung der Geschlechtsorgane bei Zirbelgeschwülsten, die sich mit ungewöhnlich starkem, prämaturem Wachstum des Gesamtkörpers verbinden kann. Die Frage ist, ob die Geschwulst oder die Veränderung der Drüse diese abnormen Reife- und Wachstumsveränderungen bedingt (onkogen oder pineal)? Es spielt hier natürlich die Frage der inneren Sekretion die Hauptrolle. Verf. findet in der Literatur aus einem langen Zeitraum nur drei Zirbel-, zwei Hoden-, sechs Ovarial- und eine Lungengeschwulst publiziert, die sich mit Erscheinungen der geschlechtlichen Frühreife paarten. Mancherlei Erwägungen führen nun zu der Annahme, daß die vorzeitige geschlechtliche Entwicklung in den in Rede stehenden Fällen auf eine Funktion der Geschwülste zu beziehen ist. Es liegt aber weiter kein Grund vor, den Gedanken fallen zu lassen, daß diese Funktion (als Hormonwirkung) an embryonales Gewebe geknüpft ist, da es sich in den meisten zitierten Fällen um (zum Teil höchstwahrscheinliche) embryonale Teratome handelte. Die Möglichkeit, daß embryonales Gewebsmaterial vermöge chemischer Einflüsse auf die Genitalorgane wachstums- und entwicklungsfördernd wirkt, ist durch Experimente Starling's bewiesen.

Im weiteren Verfolg anderer Beobachtungen wäre es durchaus annehmbar, daß eine gewisse Form fötalen Gewebes, vielleicht einer bestimmten Natur, zur vorzeitigen Reife Veranlassung gibt, auch wenn es sich nicht um ein echtes Teratom, sondern nur um eine auf ein paar Gewebsarten beschränkte Mischgeschwulst oder selbst um ein »Sarkom« handelte. Goebel (Breslau).

---

6) **A. und F. Theilhaber. Zur Lehre vom Zusammenhange von Krebs und Narbe.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 555. 1910.)

Verff. stellen eine Reihe von Narbenkarzinomen verschiedenster Art zusammen. Sie halten die Entstehung eines Karzinoms aus der Narbe durch die Reiztheorie nicht für erklärbar, sondern eher durch die Annahme, daß ausgedehnte Defekte der mesodermalen Gewebe eine Störung im Chemismus der betreffenden Gegend hervorrufen, die die Veranlassung zur Entstehung der epithelialen Wucherung gibt. Kleine Defekte haben eine nennenswerte Störung selten im Gefolge,

sehr große Defekte relativ häufig, am häufigsten dann, wenn dieser Chemismus noch weiter gestört wird durch Störung im Stoffwechsel der betreffenden Gewebe, wie sie die Folge ist von Stenose der Gefäße, Erkrankungen der Gefäßwände, Daniederliegen des Stoffwechsels infolge von Krankheiten, Körperschwäche, vorgerücktem Lebensalter. Auch Defekte mittlerer Größe können zur Krebsbildung führen, wenn sie kombiniert sind mit den letztgenannten Momenten, die die Veranlassung zur Entstehung der Stoffwechselstörungen abgeben. Die Arbeit von Wyss, der auf die Endarteriitis obliterans bei dem Röntgenkarzinom großen Wert legt und den Verff. in seinen Schlußfolgerungen nicht allzufern steht (cf. Referat in diesem Zentralblatt 1906, p. 1203), wird leider nicht mitberücksichtigt.

Goebel (Breslau).

---

7) **Philipp Lofaro. Endotheliom auf einem dermoidalen Mutternaevus.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 537.)

Die aus der Durante'schen Klinik in Rom hervorgegangene, in ziemlich fragwürdigem Deutsch geschriebene und deshalb stellenweise unverständlich bleibende Arbeit dreht sich um die histologische Untersuchung und Deutung einer aus einem Nävus am Unterschenkel hervorgegangenen, teilweise pigmentierten Geschwulst. Über Details auf das Original verweisend bemerken wir nur, daß L. in seinem Falle keine Bestätigung der Lehre von Ribbert findet, wonach die Pigmentgeschwülste der Naevi aus Wucherung der Chromatophoren entstehen. Das Pigment der untersuchten Geschwulst ergab positiven Ausfall von Eisenreaktionen, und nimmt darum L. ihre Entstehung aus Blutelementen an.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) **R. Schmidt. Krebs und Infektionskrankheiten.** (Med. Klinik 1910. p. 1690.)

241 Fälle von Krebs, meist des Magens. 180mal war keine infektiöse Kinderkrankheit voraufgegangen; 99 davon hatten überhaupt keine Infektionskrankheit überstanden; auch bei den übrigen 81 traten im späteren Leben nur vereinzelte infektiöse Erkrankungen auf. Demnach sind im Krebsalter stehende Menschen einem Krebsleiden um so mehr ausgesetzt, je weniger sie Infektionskrankheiten durchgemacht haben. Infektionskrankheiten beugen also dem Krebse vor.

Vielleicht bedingt Neigung zu Krebserkrankung gleichzeitig — etwa auf dem Wege einer Diathese — eine von Fall zu Fall verschieden hochgradige Immunität gegen Infektionskrankheiten.

Oder es ändert sich die Konstitution unter dem Einfluß von Infektionsvorgängen derart, daß die Neigung zur Krebserkrankung bedeutend absinkt.

Bei den Krebskranken Wiens sah S. kleinere ausgeheilte tuberkulöse Herde, Spitzennarben u. dgl. nicht selten, dagegen nur höchst ausnahmsweise eine aktiv vorgeschrittene oder fortschreitende tuberkulöse Erkrankung. Demnach besteht auch hier ein Gegensatz.

Georg Schmidt (Berlin).

---

9) **V. Lieblein. Zur Kenntnis der proteolytischen Fermente der Krebszelle.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 609. 1910.)

Weder vermag das Krebsgewebe das Milzeiweiß, noch Milzgewebe das Krebseiweiß zu spalten. Im Gegenteil scheint es bei der gemeinsamen Autolyse (Versuchsanordnung siehe Original) zum Auftreten von die Autolyse hemmenden Stoffen zu kommen. Allerdings wäre es danach zu weit gegangen, anzunehmen, daß das

Krebsgewebe sich in allen Fällen von gemeinsamer Autolyse mit einem anderen normalen Organ gleich verhalten müßte. Die Heterolyse ist aber gewiß keine konstante Eigenschaft der Krebszelle, wobei es jedoch bis jetzt noch nicht gelungen ist, die Bedingungen zu ermitteln, unter welchen die Krebszelle diese Eigenschaft annimmt oder derselben verlustig geht. Goebel (Breslau).

---

10) Gertrud Schreiber. Ein Fall von Adenoma endotheliale von Hansemann (Haemangioendothelioma intravasculare Borst) mit besonderer Berücksichtigung seiner Histogenese. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 579. 1910.)

Die Geschwulst in der Nase eines 71jährigen Mannes war unter wiederholten Nasenblutungen rezidiviert und hatte auf Siebbein, Stirn und Orbitalgegend per continuitatem übergegriffen. Sie zeigte histologisch mit Blut gefüllte Hohlräume, deren Wandungen aus zum Teil in Wucherung begriffenen Endothelien bestanden, die stellenweise in Angioblastenform in das Innere wucherten und neue Hohlräume abtrennten, stellenweise Epithelcharakter annahmen und als solche die Lichtung ganz ausfüllen und ihr einen alveolären Charakter verleihen konnten; auch waren derartige freie Sprossungen der Kapillarendothelien in ältere Blutungen hinein darstellbar. Die Stellung im onkologischen System, das Verhältnis zu ähnlichen Geschwülsten der Niere, zu den Hypernephromen, zu ähnlichen publizierten Geschwülsten anderer Körperteile (Borrmann's Hodensarkom mit neugebildeten Kapillaren, Ritter's Peritheliom der Tibia usw.) wird ausführlich besprochen. Zu erwähnen ist noch, daß das Kernkörperchen bei Weigert'scher Fibrinfärbung blaue Färbung annahm und auch glykogenhaltige Zellen nachgewiesen wurden. Goebel (Breslau).

---

11) Fr. Prime (Philadelphia). The treatment of various skin — lesions with carbon-dioxide snow. (Univ. of Pennsylvania medical bulletin Vol. XXIII. Nr. 8. 1910.)

Verf. berichtet über gute Erfolge mit der Behandlung durch Kohlensäureschnee bei Gesichtsepitheliomen, Warzen, Naevis usw., selbst in Fällen, die vorher vergeblich örtlich behandelt worden waren. Einige Fälle von Gesichtsepitheliomen werden vor und nach der Behandlung abgebildet. Dagegen versagte die Methode bei umschriebenen Teleangiektasien. Mohr (Bielefeld).

---

12) A. Exner. Über Dauerheilungen von Karzinomen nach Radiumbestrahlung. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

E. berichtet über vier jetzt längere Zeit beobachtete Fälle von Heilung des Krebses nach Radiumbestrahlung; sie betrafen ein Karzinom der Wange (Heilung seit 7 Jahren), ein sehr ausgedehntes derselben Gegend (seit mehreren Jahren geheilt), ein rezidiviertes Oberkieferkarzinom (Heilung seit 2 Jahren; kein Rezidiv beim Tode des 79jährigen Mannes) und einen Krebs der Oberlippe (Heilung seit 4 Jahren). Die Diagnose war stets durch mikroskopische Untersuchung ausgeschnittener Geschwulstteile gesichert worden. Kramer (Glogau).

---

13) A. Bayet. Les effets thérapeutiques du radium. (Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. 1910. Juli. p. 459—516. 58 Abb.)

B. hat in obiger interessanten Arbeit eine verdienstvolle Zusammenstellung der therapeutischen Erfolge mit Radium geliefert. Nach einer kurzen histori-

schen Einleitung und Mitteilungen über die physikalischen und physiologischen Eigenschaften, über die Dosierung, die in Anwendung kommenden Apparate, die Art der Anwendung bei verschiedenen Leiden, über die Wirkung des Radiums auf die Gewebe beschreibt Verf. die therapeutischen Resultate: I. bei Entzündungen (Neurodermites, Ekzema, Lichen, Pruritus, Psoriasis); II. bei Mißbildungen (Naevi plani, N. tuberosi, cavernosi, pigmentosi); III. Geschwülsten (Hautepitheliome, Ulcus rodens, Carcinoma profundum [Brustkrebs, disseminierter Krebs], fungöse Mykosis, Sarkomatosis, Papillom, Keloid, fehlerhafte Narben, Warzen, Syphilide, Hauttuberkulosen). B. bringt eine Menge Krankengeschichten und Abbildungen vor und nach der Behandlung. Die Erfolge müssen als höchst erfreulich bezeichnet werden. Wegen des genaueren wird auf das Original verwiesen. Der hohe Preis des Radiums erschwert in hohem Grade seine allgemeine Einführung in die ärztliche Praxis. 1 cg des Mittels kostet etwa 4000 Mk., und Verf. meint, 10 cg müsse man mindestens haben, um erfolgreich arbeiten zu können. Wir stehen übrigens erst im Anfang der Radiotherapie; mit der Zeit werden wir tieferen Einblick in sein Wesen und damit bessere Resultate erzielen. E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

14) Leopold Freund. Über Vorbedingungen radikaler Röntgenbehandlungen. (Med. Klinik 1910. p. 1737.)

F. hat die von ihm seit 1896 mit Röntgenlicht behandelten Krankheitsfälle nach dem Ergebnis zusammengestellt. Am günstigsten stehen die Erkrankungen behaarter Körperstellen, darunter auch die Furunkulose. Die diese Krankheiten heilende einfache Strahlenmenge schädigt zwar die Lebenskraft der Krankheitserreger nicht; wohl aber ruft eine bestimmte, genügend große Strahlenmenge im Gewebe ein Toxin hervor, das der weiteren Entwicklung der Bakterien schädlich ist.

Eine zweite Gruppe von Leiden, entzündliche Granulosen oder oberflächlich gelegene zellreiche Neubildungen, darunter Sarcoid, Paget's Krankheit, Ulcus rodens, Epitheliom, oberflächliches Sarkom, Rhinosklerom, Warzen, tuberkulöse Osteoarthritis, wurden erst durch die zweite oder dritte Röntgenbestrahlung gründlich beseitigt. Ob hier die rasch wachsenden, mit lebhaftem Stoffwechsel begabten, krankhaften Zellen oder durch Toxinbildung im Gewebe die Krankheitserreger geschädigt werden, ist unklar.

An dritter Stelle stehen Hautkrankheiten, wie Psoriasis, Prurigo, Pruritus, Ekzem usw., auch Rhinophyma. Die Strahlenwirkung wird anscheinend durch Hautschuppenbildung stark abgeschwächt.

Die geringsten Erfolge wurden bei tiefsitzenden Krebsen und Sarkomen, Keloid, Prostatavergrößerung, Uterusgeschwülsten, Blutdrüsenkrankheiten, Kropf und Basedow'scher Krankheit, Lungen-, Bauchfell-, Nierentuberkulose, Ischias, Gehirngeschwülsten usw. erzielt.

Je mächtiger die zu bestrahlenden Geschwulstmassen, je größer ihre Dichte und ihr Atomgewicht (die gleiche Empfindlichkeit vorausgesetzt), je weicher die verwendeten Strahlungen sind, um so geringer sind die Aussichten auf gründliche Beseitigung der Geschwulst, um so mehr wächst die Gefahr, durch zu geringe Strahlenmasse das Wachstum der Neubildung lediglich anzuregen. Beim Durchgange durch eine dicke Geschwulst können Röntgenstrahlen so abgeschwächt werden, daß sie die Wucherzellen am Geschwulstgrunde zur Fortentwicklung reizen. Vor jeder Röntgenbehandlung von Krebsen, Sarkomen u. dgl. sollen

alle die biologische Strahlenwirkung schwächenden Filter, Krusten, Schuppen, Gewebsverdickungen, neugebildetes Gewebe, operativ, mechanisch oder chemisch beseitigt werden, bis der Grund der Neubildung für das Röntgenlicht freiliegt. Auf diese Weise blieben zwei an Brustkrebs Leidende ohne größere Operation schon seit 8 Jahren erhalten; ein mächtiges wiederholt ausgeschnittenes Keloid machte erst dann einer schönen linearen dauernden Narbe Platz, als die offene Operationswunde bestrahlt worden war. Ferner sollen bei der Bestrahlung wenig röntgenempfindlicher krankhafter Veränderungen möglichst wenig Filter angewendet werden. Bei der zuletzt genannten Gruppe von dem Röntgenlichte widerstehenden Leiden bringen oft noch regelmäßige Röntgennachbehandlungen Erfolge. Georg Schmidt (Berlin).

---

15) Drüner (Trier). Phimosenoperation. (Münchener med. Wochenschrift 1190. Nr. 47.)

D. schneidet an der Ober- und Unterseite aus dem äußeren Blatte der Vorhaut ein rechteckiges Stück Haut aus, ohne das innere Vorhautblatt zu verletzen und löst die entstehenden Hautlappen beiderseits von diesem ab, so daß es, die Eichel bedeckend, in der Form eines abgestumpften Kegels mit der Wundfläche nach außen freiliegt. Nun werden durch seitliche Spaltung des inneren Vorhautblattes aus diesem ebenfalls zwei Lappen gebildet, die nach oben und unten herumgeschlagen werden. Durch passende Vernähung (Abbildung im Original) entsteht eine zylindrische, die Eichel deckende und genügend weite Vorhaut.

Kramer (Glogau).

---

16) Cholzoff (St. Petersburg). Über Operationen beim diffusen Krebs des männlichen Gliedes. (Zeitschrift für Urologie Bd. IV. Hft. 9.)

Von »Emasculatio totalis«, d. h. Entfernung sämtlicher äußerer Geschlechtsteile mitsamt den Wurzeln der Corpora cavernosa bei bösartigen Neubildungen des Penis sind bis jetzt 33 Fälle bekannt. Sie wird bei Cancer penis vorzugsweise in Frankreich, Spanien und Italien ausgeführt. In der deutschen Literatur ist kein Fall zu finden. Beschreibung der Operation nach Chalot. Verf. hält bei vitaler Indikation es durchaus für berechtigt, nicht nur das männliche Glied, sondern auch die Hoden zu entfernen; es handelt sich aber im wesentlichen um die Frage, ob die totale Emaskulation auch in Fällen, in denen nicht das ganze Glied ergriffen (s. Morisani, Dépage, Ravasini) ist, Existenzberechtigung hat. Nach den Untersuchungen Küttner's sind die Blut- und Lymphgefäße der Hoden und ihrer Hüllen ziemlich isoliert von denen des Penis, so daß, wie a priori behauptet werden kann, der Radikalismus der Operation nicht gerechtfertigt erscheint. Die Resultate bei isolierter Penisamputation bei Karzinom sind, wie v. Bruns' Statistik — Heilung in 60% — und die elf Fälle von Julius Bernu beweisen, relativ günstige. Obwohl aus den vorhandenen Mitteilungen zur Genüge zu ersehen ist, daß in den meisten Fällen eine Amputation 1—2 Querfinger jenseits der Geschwulstgrenze ausreicht, soll man doch beim Operieren nicht zu sparsam sein, da Verf. bei mikroskopischer Untersuchung weit jenseits der Grenzen der Neubildung, in den Wurzeln der Corpora cavernosa Krebszelleninfiltration in einem Falle nachweisen konnte. Nach Küttner schützt auch die totale Emaskulation nicht vor Rezidiven in den Drüsen; er konnte auf anatomischem Wege

nachweisen, daß in manchen Fällen die tiefen Lymphgefäße des Penis und Harnkanals direkt in die Lymphdrüsen des Beckens einmünden und nicht erst auf dem Umweg der Leistendrüsen. Verf. hält nach alledem die Entfernung der gesunden Hoden für völlig zwecklos, auch dann nicht für indiziert, wenn die Neubildung auf den Hodensack übergegriffen hat, abgesehen von seltenen Fällen, wie der Albarran's, wo der ganze Hodensack von Harnfisteln durchsiebt war, und bei Unmöglichkeit einer plastischen Deckung des Defekts. Eine Verkleinerung des Operationsfeldes durch Erhaltung der Hoden, besonders bei Abpräparierung der Insertionen der Schwellkörper von den Sitzbeinen, ist nach den Erfahrungen des Verf.s nicht vorhanden. Schilderung der Operationsmethode und Beschreibung von vier Fällen, von denen einer mehr als 2 Jahre nach der Operation rezidivfrei ist.

C. Koch (Greifswald).

---

17) N. Wilson (Buffalo). Conservation in prostatic hypertrophy. (Buffalo med. journ. Vol. LXVI. Nr. 3. 1910.)

Für die Fälle von Prostatahypertrophie, in denen der Zustand des Herzens oder der Nieren eine Operation nicht angezeigt erscheinen läßt, geht W. bei der Behandlung von folgender Auffassung des Krankheitsbildes aus, welche durch Experimente an Hunden gestützt wurde. Die Hypertrophie der Prostata macht an sich kaum Symptome, solange eine gleichzeitige Infektion der Blase mit Bakt. coli fehlt. Nur die Coliinfektion macht die typischen Beschwerden der Prostatahypertrophie, nicht die Vergrößerung des Organs. Daher muß die Allgemeinbehandlung der Infektion mit Vaccinen und die örtliche Behandlung der Blase und Harnröhre im Vordergrund der Therapie stehen. Bei gleichzeitiger mechanischer Verlegung der Lichtung durch die vergrößerte Drüse ist durch diese Behandlung wenigstens Milderung der Symptome zu erzielen, obwohl die Prostatektomie in solchen Fällen angezeigt ist. Durch die Verwendung von Vaccinen vor und nach der Operation werden die Komplikationen der letzteren eingeschränkt.

Die von W. erzielten Erfolge zeigen, daß die Prostatektomie zwecks Beseitigung der Miktionsbeschwerden so lange völlig unnötig ist, bis es entschieden ist, daß die Coliinfektion nicht die alleinige Ursache der Beschwerden ist.

Mohr (Bielefeld).

---

18) Carl Bayer. Bericht über weitere Beobachtungen von wirksamer Prostatadehnung bei Hypertrophie. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

B. vertritt aufs neue die von ihm schon früher ausgesprochene Meinung, daß die Dehnung des prostatischen Teiles der Harnröhre bei gutartigen chronischen Anschwellungen der Prostata ein einfaches, ungefährliches und erfolgreiches Verfahren sei. Er belegt dies durch eine Reihe neuer Krankengeschichten. Zur Dilatation benutzt er ein von Leiter in Wien konstruiertes lithotrypterähnliches Instrument, bei dem eine genaue Dosierung der Dehnung möglich ist. Geeignet zur Dilatation sind alle Fälle von chronischer Prostataschwellung, Prostatatentzündung und -Hypertrophie mit Harnverhaltung und schmerzhaftem Drang ohne schwere Cystitis.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

19) G. Axhausen. Die Behandlung der Prostatahypertrophie. (Fortschritte der Medizin 1910. Nr. 38 u. 39.)

Wie fast allenthalben wird für schwere Prostatahypertrophie die Prostatektomie, und zwar als Normalverfahren die suprapubische, gefordert.

Von den früher geübten Operationen wird der Vasektomie wegen der zuweilen erfolgten günstigen Beeinflussung der Blasenfunktion sowie zur Vermeidung unliebsamer Komplikationen das Wort geredet; sie sollte prinzipiell als präliminare Operation bei schweren Prostatikern ausgeführt werden.

Kronacher (München).

---

20) Moore. A modification of the young prostatic tractor. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 12. 1910.)

Der von M. konstruierte Prostatatraktor hat an seinem Ende zwei gefensterte Branchen, die bei der Einführung in die Harnröhre in der Längsachse des Instruments dicht aufeinander liegen.

Nach Einführung des Instruments können diese Branchen leicht jederseits rechtwinklig zur Längsachse des Instruments abgespreizt werden, so daß nun besonders leicht ein starker Zug an der Prostata ausgeübt werden kann.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

21) Stoeckel (Marburg). Über Mißerfolge bei plastischen Operationen an der Harnröhre und an der Blase infolge von Selbstverwundung der Operierten. (Zeitschrift für gynäkol. Urologie Bd. II. Hft. 4.)

Bericht über zwei Fälle, von denen einer in Bonn, einer in Marburg beobachtet wurde. Beiden gemeinsam ist die erwiesene und von den Operierten auch zugestandene Tatsache, daß sie selbst absichtlich die Heilung der Operationswunden verhindert haben. In dem ersten Falle handelte es sich um eine nymphomanische, pervers veranlagte, schwere Hysterika, bei der zweimal wegen angeblicher Nierenbeschwerden vom Chirurgen die Niere freigelegt wurde, ohne daß sich etwas Pathologisches fand, und 16mal wegen Blasen-Scheidenfistel Harnröhrenplastiken ausgeführt wurden, deren Erfolg jedesmal durch Manipulationen der Pat. zerstört wurde. Da wegen des harten, unnachgiebigen Narbengewebes weitere Plastiken unmöglich waren, versuchte man durch Injektionen von Paraffin nach Gersuny das breit klaffende Urethralrohr zu stenosieren. Leider hielt der Erfolg jedesmal nur einige Monate vor, da ein Dauerresultat zumeist dadurch vereitelt wird, daß die Paraffinmassen nicht liegen bleiben, zum Teil resorbiert, zum Teil passiv verschoben werden. In dem zweiten Falle — es handelte sich hier ebenfalls um Blasen-Scheidenfistel und Blaseninkontinenz — wurde zum Zweck der Erlangung einer Invaliditätsrente neunmal der Erfolg der Operation illusorisch gemacht, dadurch, daß Pat. jedesmal die frischen Narben sich wieder aufriß. Verf. empfiehlt zum Schluß die nach ihm genannte, dreimal von ihm im letzten Falle ausgeführte infrasymphysäre Blasendrainage, indem er noch einmal hervorhebt, daß sich die Drainageöffnung spontan und gewöhnlich fast momentan nach Entfernung des Katheters schließt. C. Koch (Greifswald).

---

22) Hager. Ekstrophia vesicae urinariae mit Adenocarcinoma gelatiniforme. Aus dem pathol. Institut in Straßburg. Prof. Chiari. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

Der durch eine Abbildung der mächtigen Geschwulstbildung illustrierte Fall gibt H. Veranlassung, die verschiedenen Ansichten über die Entstehung der Blasenspalte und über die Herkunft des Drüsenepithels auf der ekstrophischen Harnblase, von dem aus auch im vorliegenden Falle die Krebsentwicklung erfolgt war, zu besprechen; in ersterer Beziehung schließt sich Verf. Enderlen's Auffassung an und hält in bezug auf die Ableitung des Adenokarzinomgewebes für am wahrscheinlichsten, daß es von sekundären, etwa durch Entzündung angeregten Neubildungen drüsenartiger Formationen in der Blasenschleimhaut entstanden sei.

Kramer (Glogau).

---

23) Taddei. Un nuovo processo operatorio per la cura della estrofia vescicale. Tiflo-uretero-anastomosi, previa esclusione del cieco ed appendicostomia. (Acc. med. fisico-fiorentina, 25. Mai 1910. Morgagni 1910. September 28.)

T. schlägt für die Operation der Blasenspalte und eventuell auch für die Überpflanzung der Harnleiter nach Exstirpation der Blase folgendes, bisher nur an der Leiche ausgeführtes Verfahren vor. Der Blinddarm wird nach Anlegung einer Dünndarm-Dickdarmanastomose durch Naht völlig vom Darm abgetrennt. In ihn werden die Harnleitermündungen samt ihren Sphinkteren eingepflanzt. Der Urin wird durch den Wurmfortsatz nach Anlegung eines künstlichen Afters nach außen abgeleitet.

Dreyer (Köln).

---

24) F. Cuturi (Catania). Ricerchi sperimentali sulla patogenesi dei diverticoli vescicali aquisiti. (Policlinico, sez. prat. XVII. 40. 1910.)

Bei Hunden wurde durch Laparotomie die Bauchhöhle eröffnet und ein umschriebener Teil der Serosa und Muscularis der Blase entfernt. Die Injektion von Flüssigkeit in die Blase verursacht das Entstehen eines handschuhfingerartigen Divertikels infolge Prolapses der Schleimhaut an der von Muscularis entblößten Stelle.

Nach einiger Zeit war an Stelle des Muscularisdefekts bindegewebige Narbe, die das Auftreten eines Divertikels bei Unterbindung der Harnröhre hinderte.

M. Strauss (Nürnberg).

---

25) Torsten Frieberg. Ein Fall von spontaner Blasenruptur mit Veränderungen der elastischen Substanz am Rupturrande des Peritoneum. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 268.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von »spontaner« Blasenruptur — der Riß war ca. 5 cm lang und etwas oberhalb der Mitte der hinteren Blasenwand —, die bei einem völlig Betrunkenen durch Überfüllung der Blase entstanden sein soll. Äußere Verletzungen fehlten bei dem Manne; doch kann bei seinem Zustande die Einwirkung eines Traumas — Fall — auch nicht ausgeschlossen werden.

Doering (Göttingen).

---

26) Burrows. Urinary calculus in Sierra Leone. (Journ. of tropic. med. Vol. XIII. Nr. 11. 1910.)

Kalk- und Kreideformationen kommen in Sierra Leone nicht vor. Demgemäß werden nur spärlich Blasensteine beobachtet: einer in den letzten 10 Jahren, zu dem zwei im letzten Monat hinzu kamen. Alle drei stammten aus demselben an der See liegenden Dorf, in dem Schellfischernährung eine große Rolle spielt.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

27) R. Hottinger (Zürich). Die Häufigkeit der Harnsteine in der Schweiz. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 34.)

Entgegen allen bisherigen Annahmen sind in der Schweiz die Harnsteine keineswegs besonders selten; H. hat deren 149 Fälle auftreiben können. Dabei hat es, ohne daß bisher dafür ein plausibler Grund könnte angegeben werden, den Anschein, als ob diese Vermehrung in der Neuzeit eine wirkliche sei, nicht bloß eine Folge besserer Diagnosestellung. A. Wettstein (Winterthur).

---

28) L. P. Alexandrow. Die Blasensteinkrankheit bei Mädchen und ihre Besonderheiten. (Russki Wratsch 1910. Nr. 43.)

Während 22 Jahren wurden im Olgakinderkrankenhaus in Moskau 704 Fälle von Steinkrankheit behandelt: 573 Blasen- und 113 Harnröhrensteine bei Knaben, 18 Blasensteine bei Mädchen. 13mal wurde bei letzteren die Litholapaxie aus geführt, 5mal (2 †) der hohe Steinschnitt. Die große Seltenheit der Steine bei Mädchen hat ihren Grund nicht nur in anatomischen Unterschieden, sondern in dem seltenen Vorkommen der harnsauren Diathese. Die Symptome sind weniger ausgeprägt als bei Knaben und weniger deutlich lokalisiert. Sehr oft kommt Mastdarmvorfall vor. Die Krankheit wird daher oft lange nicht erkannt, und man hat mit größeren Steinen zu tun (5mal unter 2,0, 13mal schwerer, bis 8,6 g). Das Alter der Pat. schwankte zwischen 2 Jahren 8 Monaten und 10 Jahren. Meist ist die Litholopaxie angezeigt; bei großen Steinen mit Harninkontinenz, und bei herabgesetzter Kapazität der Blase — der hohe Blasenschnitt.

Gückel (Kirssanow).

---

29) Goebell (Kiel). Zur operativen Beseitigung der angeborenen Incontinentia vesicae. (Zeitschrift für gynäk. Urologie Bd. II. Hft. 4.)

Bei einem 4jährigen Mädchen, das wegen Blaseninkontinenz und Epispadie in seiner Behandlung war, hat Verf. bei der Epispadievoroperation durch geringe Dehnung der vernähten Harnröhre (nach Gersuny) und die Naht des Sphincter vesicae Besserung zu erzielen versucht. Da der Erfolg ausblieb, schlug er folgendes originelle Operationsverfahren ein. Mit Pfannenstiel'schem Fascienquerschnitt etwa 2 cm über der Symphyse wurden die Recti freigelegt, dabei die beiden Mm. pyramidales freipräpariert und nach unten umgeschlagen. Nachdem die peritoneale Umschlagsfalte nach abwärts gezogen und der Blasenhals freipräpariert war, wurden die Mm. pyramidales voneinander getrennt, die Enden nach abwärts unter den Blasenhals gezogen und hier mit Helferich'scher gestielter Gaumennadel miteinander vernäht. Sodann Vernähung der Muskeln auch oberhalb des Blasenhalses mit zwei Seidenknopfnähten. Sollten die Mm. pyramidales lang genug sein, so empfiehlt sich eine Kreuzung derselben. Nach der Operation war eine wesentliche Besserung zu konstatieren, insofern als das Bettnässen aufhörte und die Urinportionen immer größer wurden. Der Erfolg veranlaßte Verf., ein

zweites Mal die gleiche Operation bei einem 2jährigen Mädchen auszuführen, bei dem allerdings wegen Fehlen des rechten Pyramidalis die eine Hälfte der Muskelschlinge aus dem rechten Musc. rectus gebildet werden mußte. Auch hier war ein voller Erfolg zu konstatieren. Von Wichtigkeit bei der Operation ist, daß der Querschnitt nicht wie bei gynäkologischen Krankheiten zu hoch gelegt wird.

C. Koch (Greifswald).

---

30) Kneise (Halle). Endovesikale Operationsmethoden und Operationscystoskope. (Zeitschrift für Urologie Bd. IV. Hft. 6.)

In Anbetracht der großen Fortschritte auf dem Gebiete der endovesikalen Operationsmethoden kritisiert Verf. die blutigen Operationen bei Blasengeschwülsten, Blasensteinen und Fremdkörpern der Blase. Trotzdem erkennt er auch eine Grenze in der Anwendung des Operationscystoskops an, steht aber auf dem Standpunkt, daß der ausgedehntere Gebrauch der endovesikalen Methode der einzige Weg zum Fortschritt ist. Die Art der Instrumente, über deren Zweckmäßigkeit augenblicklich noch allzuviel gestritten wird, ist an und für sich gleichgültig, wenn nur das Resultat ein gutes ist. Verf. empfiehlt ein neues Instrument, das er in ca. 25 Sitzungen erprobt hat und das alles leistet, was man von einem guten Operationscystoskop verlangen kann. Es schließt sich in Anlage und Aufbau eng an das Wossidlo'sche Ureterencystoskop an und ist mit einem vom Verf. selbst angegebenen automatischen Verschlußventil ausgestattet. Sein Hauptvorzug besteht in einer Verbesserung der Schlinge, die nicht breit genug entwickelt werden kann — er erreicht es durch Kreuzung der Drähte. Als Kauter verwendet er eine Konstruktion ähnlich der von Loewenhard. Allerdings ist die Brennfläche relativ klein, dafür besitzt sie aber den ungeheueren Vorteil der genauen Lokalisierung. K. empfiehlt ferner, den Kauter nur in der luftgefüllten Blase zu verwenden, da man schneller und intensiver brennen kann und ein exakteres Urteil über die Brennwirkung erreicht. Das neue Instrument stellt nach Ansicht des Verf.s einen außerordentlichen Fortschritt dar, da es trotz Verwendung des flexiblen Prinzips alle Vorzüge aufweist, die man bisher nur dem starren System nachrühmen konnte, da es fernerhin leichter zu handhaben sein wird, und drittens im Verhältnis zum Nitze'schen Instrument nicht unerheblich dünner ist.

C. Koch (Greifswald).

---

31) V. Rochet et I. Murard. Un cas de tuberculose généralisée à tout l'arbre urinaire (du rein au méat urétral). (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 109.)

Das Wesentliche dieser Veröffentlichung ist bereits in der Überschrift enthalten; denn eine Verbreitung der Tuberkulose von beiden Nieren über die Harnleiter, Blase, Prostata und Harnröhre ist etwas Seltenes. Besonders zu bemerken ist noch, daß es sich nicht um einen alten Tuberkulösen handelte, sondern um einen 30jährigen Mann, der erst seit 7 Monaten etwas hustete und seit etwa 10 Monaten Schmerzen beim Urinieren empfand. Die ausgedehnten tuberkulösen Veränderungen wurden durch die Sektion nachgewiesen. Sechs Abbildungen im Text sind der Arbeit beigegeben.

Boerner (Erfurt).

---

32) v. Fedoroff (St. Petersburg). Über einen Fall von cystenartiger Erweiterung eines akzessorischen Ureters. (Zeitschrift für Urologie Bd. IV. Hft. 8.)

Bei der cystoskopischen Untersuchung einer wegen Urinbeschwerden aufgenommenen jungen Frau fand sich eine an der Kuppe des linken Harnleiters befindliche, elastische, am Rand etwas durchschimmernde, cystische Geschwulst. Der aus dem linken Harnleiter abgesonderte Urin zeigte Erscheinungen einer leichten Pyelitis. Die Sectio alta ergab, daß es sich um das blind auslaufende Ende eines accessorischen Harnleiters handelte, der hinter dem linken Harnleiter verlief. Durch Abtrennung eines großen Teiles der anterior-inferioren Wand der Cyste wurde ein permanenter Abfluß des Inhalts der Cyste in die Harnblase gesichert. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

C. Koch (Greifswald).

---

33) Mirotworzoff (St. Petersburg). Zur Technik der Ureterüberpflanzung in den Mastdarm. (Zeitschrift für Urologie Bd. IV. Hft. 7.)

Verf. schildert seine bis jetzt sechsmal an Hunden und sechsmal klinisch erprobte Operationsmethode, die in einer Kombination des Büdinger-Witzelschen, sowie des Chaput- und Novaro'schen Verfahrens besteht. Der proximale Harnleiterstumpf, auf 5—6 cm freipräpariert und auf die laterale Wand des Mastdarms aufgelegt, wird mittels Knopfnähte in die Darmwand versenkt. Entsprechend der freien Spitze des Harnleiters wird die Darmwand geöffnet und die Ränder der Harnleiterlichtung werden wie eine Kappe auf dem Fenster der Darmschleimhaut durch einige muco-mucöse Nähte fixiert. Darüber kommen Lembertnähte. Das gleiche Verfahren wird mit dem zweiten Harnleiter wiederholt, der etwas höher oder tiefer einzunähen ist. C. Koch (Greifswald).

---

34) Kelly. Closing incisions in the renal pelvis. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

Seit Jahren sichert K. die Naht des Nierenbeckens durch eine Übernähung mit der fetthaltigen Gerota'schen Fascie (Fettkapsel) mit bestem Erfolge.

Er verwendet sie auch gern bei Operationen zur Verkleinerung des ausgedehnten Nierenbeckens, indem er dieses faltet und die Fascie darüber mit Matratzennähten vernäht.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

35) F. Kroiss. Zur Klinik und Pathogenese der geschlossenen tuberkulösen Hydronephrose. (Med. Klinik 1910. p. 1775.)

Bei einem über Hüft- und Knieschmerzen klagenden, sich sonst wohl fühlenden jungen Weibe entdeckte der Arzt eine Bauchgeschwulst, die, wie die Operation bestätigte, eine geschlossene tuberkulöse Hydronephrose war, an deren oberem Sackende sich die tuberkulöse Niere fand. Urin und Blaseninneres hatten keine Abweichungen dargeboten. Die Operationswunde bedeckte sich in kurzer Zeit mit zahllosen Knötchen, nachdem der Sack beim Versuche der Entfernung geplatzt war. Nach wenigen Wochen Tod an Miliartuberkulose.

Genauere Durchforschung der bei der Operation und der Leichenöffnung gewonnenen Präparate. Es handelte sich um eine sekundär infizierte geschlossene Hydronephrose. Georg Schmidt (Berlin).

36) **Hohlweg. Zur Behandlung der Colipyelitis mit Nierenbeckenspülungen.** Aus der med. Klinik in Gießen. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 40.)

Dem Vorgang anderer folgend, hat H. die Spülbehandlung des Nierenbeckens durch den Harnleiterkatheter in drei Fällen angewandt; er benutzte dazu Lösungen von Borsäure, Argt. nitr. (1‰ bis 0,5%) oder Arg. colloidale (1%) und konnte durch systematische bakteriologische Untersuchungen den Erfolg kontrollieren. Das Ergebnis war, daß schließlich Colibazillen nicht mehr nachweisbar, auch klinisch vollständige Heilung eingetreten war. — Ungeeignet für diese Behandlung sind Steinnieren, ausgesprochene Pyonephrosen und Nierentuberkulosen.

Kramer (Glogau).

---

37) **G. Pechowitsch (Berlin). Einfluß der Kriechübungen auf die lordotische Albuminurie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 43.)

Von 30 Kindern, die eine pathologische Lendenlordose aufwiesen, wurde in fünf Fällen Eiweiß im Urin nachgewiesen; und zwar konnte festgestellt werden, daß die ausgeschiedenen Eiweißmengen vor dem Turnen größer waren als nach den Kriechübungen. Der günstige Einfluß auf die Eiweißausscheidung darf keineswegs ausschließlich auf die Beseitigung des mechanischen Hindernisses der Lendenlordose zurückgeführt werden, sondern auch darauf, daß die Zirkulationsverhältnisse infolge der Kriechübungen eine wesentliche Veränderung erfahren. Im allgemeinen ist die lordotische Albuminurie eine gutartige Erkrankung, die durch die zu große Lordose der Lendenwirbelsäule bedingt wird, so daß ein mechanisches Hindernis für den Abfluß des venösen Blutes aus den Nieren besteht.

Das Klapp'sche Kriechverfahren ist bei der lordotischen Albuminurie therapeutisch zu empfehlen, weil es dieselbe durch den Ausgleich der Lendenlordose, durch die günstige Veränderung der Zirkulationsverhältnisse in den Nieren und durch seine topographische Lageveränderung beseitigt bzw. vermindert.

Deutschländer (Hamburg).

---

38) **L. Jores. Zur Pathologie der eitrigen und tuberkulösen Nierenerkrankungen.** (Med. Klinik 1910. p. 1727.)

Darstellung der Eitererreger, der Infektionswege und der pathologisch-anatomischen Veränderungen auf Grund eigener und fremder, insbesondere chirurgischer Erfahrungen.

Hervorgehoben sei, daß J. die aufsteigende Form der Tuberkuloseinfektion der Niere nicht gänzlich leugnet. Die zweite Niere kann bei voraufgegangener Erkrankung der ersten gelegentlich durch die Harnwege tuberkulös infiziert werden. Eine richtige ursprüngliche Nierentuberkulose gibt es wahrscheinlich nicht. Die Bedingungen, unter denen die Tuberkulose in der Niere unter deren Verödung stillsteht, bedürfen noch der Klärung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

39) **D. Pfeiffer (Philadelphia). Mixed tumors of the kidney.** (Univ. of Pennsylvania med. bulletin Vol. XXIII. Nr. 8. 1910.)

Zwei Fälle von Mischgeschwülsten der Niere mit ausführlichem pathologisch-anatomischem Befund.

Im ersten Falle handelte es sich um ein 11 Monate altes Kind mit enormer linkseitiger Bauchgeschwulst, die als vergrößerte Milz angesprochen wurde. Die Sektion ergab ein fast die ganze Bauchhöhle ausfüllendes Rhabdomyom der linken Niere.

Das zweite, 14 Monate alte Kind wurde wegen einer die linke Bauchseite ausfüllenden Geschwulst laparotomiert. Die nirgends verwachsene, mit der linken Niere fest zusammenhängende Geschwulst wurde mitsamt der Niere leicht ausgeschält. Heilung. Die genauere Untersuchung ergab ein Teratom. (Drei Abbildungen.) Zusammenstellung von 28 Literaturfällen. Mohr (Bielefeld).

40) W. Nowicki. Untersuchungen über die chromaffine Substanz der Nebennieren von Tieren und Menschen bei Nierenkrankheiten. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 189.)

Verf. versuchte bei seinen Experimenten das Verhalten der chromaffinen Substanz der Nebennieren festzustellen, und zwar bei Tieren — Kaninchen, Hunden —, denen eine oder beide Nieren exstirpiert wurden. Ferner studierte er den Einfluß der Entfernung einer Nebenniere auf den Grad event. Veränderungen in der zweiten zurückgelassenen; auch zog er die Einwirkung der Einführung von Adrenalin, von Blutserum von Tieren mit und ohne Nieren, von Harn gesunder und nierenkranker Menschen in die Blutbahn der Versuchstiere auf die chromaffine Substanz in Betracht. Schließlich beschäftigte er sich mit der Frage, worauf die Veränderungen der chromaffinen Substanz bei Nierenerkrankungen zurückzuführen wären. Seine Resultate sind kurz folgende: Die Exstirpation einer oder beider Nieren bei Kaninchen oder Hunden verursacht die Erschöpfung der chromaffinen Substanz. Die Erschöpfung ist größer auf der Seite der exstirpierten Niere; sie nimmt zu mit der Lebensdauer des Tieres. Gleichzeitiges Auftreten einer vermehrten Adrenalinmenge im Blute begleitet diese Erschöpfung. Sie wird aufgehalten durch Einführung von Adrenalin, Blutserum normaler Tiere und solcher, denen die Nieren entfernt sind, durch Serum von Urämikern und durch Urin von chronisch Nierenkranken. Chronisch Nierenkranke zeigen eine erhöhte Nebennierentätigkeit, abgesehen vom Endstadium, der Urämie. Die Veränderungen der Nebennieren bei ihren Erkrankungen werden bedingt durch eine Reizwirkung gewisser Stoffe, die bei pathologischen Zuständen der Nieren im Körper gebildet werden. Die Veränderungen der Gefäße bei chronischen Nierenkrankheiten stehen mit der gesteigerten sekretorischen Tätigkeit der Nebennieren im Zusammenhang. Literatur! Doering (Göttingen).

41) Herbert v. Vegesack. Über retroperitoneale Lipome. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Mitteilung eines Falles aus der v. Bruns'schen Klinik: Die bei einer 57jährigen Frau transperitoneal exstirpierte mannskopfgroße Geschwulst erwies sich als Lipom, das aber stellenweise einen Übergang in Spindelzellensarkom zeigte. Verf. hat aus der Literatur 108 Fälle von retroperitonealem Lipom und dessen Mischformen zusammengestellt. Seine anschließende kurze Besprechung verdichtet sich zu folgenden Schlußsätzen:

»1) Die retroperitonealen Lipome kommen vorzugsweise im mittleren Lebensalter und beim weiblichen Geschlecht vor. — 2) Pathologisch-anatomisch sind, die meist solitär angelegten Lipome häufig kombiniert mit Fibrom und Myxom, seltener mit Sarkom. — 3) Zu Beginn des Leidens sind die Symptome geringfügig,

erst in späteren Stadien treten größere Beschwerden und schließlich Kachexie ein. — 4) Die Diagnose ist überaus schwierig; differential-diagnostisch sind hauptsächlich Ovarial- und Nierentumoren auszuschließen. — 5) Therapeutisch kommt nur die Exstirpation in Betracht, welche in den meisten Fällen transperitoneal ausgeführt wird.«

Literaturverzeichnis. H. Kolaczek (Tübingen).

42) N. Beresnegowsky. Zur Kenntnis der Lipome des Samenstrangs. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Trotz ihrer entwicklungsgeschichtlich nahen Verwandtschaft trennt Verf. die eigentlichen Lipome des Samenstranges, die sich innerhalb der Tunica vaginalis communis entwickeln, von denjenigen Lipomen ab, die aus der präperitonealen Fettschicht hervorgegangen sind. Deshalb läßt er von den früher von Gabryszewski sowie von Patel und Chalier zusammengestellten Fällen nur 33 namentlich aufgezählte als echte Samenstranglipome gelten. Diesen 33 Fällen reiht er einen weiteren Fall aus der v. Bruns'schen Klinik an. Hier hatte sich bei einem 45jährigen Mann ein mannskopfgroßes Lipom entwickelt, das makroskopisch radikal exstirpiert wurde. Trotzdem trat nach 4 Jahren ein Rezidiv auf, dessentwegen Pat. nach 2 weiteren Jahren erneut operiert wurde.

Nach einer kurzen klinischen Besprechung der verschiedenen Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlußsätzen:

1) Die Lipome des Samenstrangs und die präperitonealen Lipome sind nahe verwandte Erkrankungen, die in manchen Fällen schwer abzugrenzen sind.

2) Wie der Fall aus der v. Bruns'schen Klinik zeigt, kann das Lipom des Samenstranges nach der Exstirpation rezidivieren.

3) Ihrem Bau nach stehen diese Geschwülste den gemischten Geschwülsten nahe und bilden eine ganze Reihe von Übergangsstufen.

H. Kolaczek (Tübingen).

43) H. v. Wysz. Über einen Fall von Thrombose der Vasa spermatica bei akutem Gelenkrheumatismus. (Med. Klinik 1910. p. 1696.)

Bei einem 32jährigen, der schon mehrfach an Gelenkrheumatismus gelitten hatte, trat während eines neuen Anfalles ohne Anlaß eine Thrombose der Schwellkörper des Gliedes auf. Rückläufig wurden die Vasa spermatica verstopft. Als Schüttelfrost eintrat, wurden der brandige Schaft des Gliedes, sowie die Hodensack- und Dammhaut entfernt und eine Harnröhrenfistel angelegt. Der Brand schritt fort, Hautemphysem bis zum Schulterblatt. Tod an allgemeiner Sepsis.

Georg Schmidt (Berlin).

44) R. Frühwald (Leipzig). Über Punktionsbehandlung der Epididymitis gonorrhoica. (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 41.)

Die Punktion des Nebenhodens bei gonorrhoischer Epididymitis hat eine sofortige günstige Wirkung, indem die Schmerzen nachlassen oder ganz schwinden, das Fieber abfällt, das Infiltrat rascher zurückgeht. Aber dieser günstige Einfluß hält nicht an, die Behandlungsdauer wird nicht abgekürzt. F. hält die Punktion deshalb nur dann für angezeigt, wenn es — aus beruflichen Gründen z. B. — auf einen momentanen Effekt ankommt. Mehrfache Punktionen können das Organ schädigen. Kramer (Glogau).

45) E. Schwarz. Der Einfluß der Leiste auf die Varikokele. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Die heute am meisten geübte Varikokelenoperation besteht in der Resektion der Venen des varikös veränderten Plexus pampiniformis. Demgegenüber empfahl schon vor 15 Jahren v. Zoege-Manteuffel zur Heilung der Varikokele die Bassini'sche Plastik des Leistenkanals. Diese Idee ist später von Narath wieder aufgegriffen worden, als er bei allen Fällen von hochgradigem Krampfaderbruch eine Erweiterung des betreffenden Leistenkanals nachweisen konnte. Er empfahl deshalb zur Beseitigung der Varikokele die hohe Unterbindung der Vena spermatica interna im Leistenkanal mit nachfolgendem Verschluß desselben nach Bassini. Neuerdings ging Lameris noch einen Schritt weiter und behauptete, wenn eine Varikokele Beschwerden mache, dann sei stets eine gleichzeitig bestehende peritoneale Ausstülpung in den Leistenkanal daran schuld. — Zur Entscheidung der einschlägigen Fragen hat Verf. das klinische Material der v. Bruns-schen Klinik daraufhin durchgesehen und nachuntersucht, im ganzen 18 Fälle; davon wiesen alle 12 mit Resektion des Plexus operierte Fälle ein Rezidiv der Varikokele auf! Bei 4 Fällen war wegen gleichzeitig bestehender Hernie außer der Plexusresektion noch die Bassini'sche Operation ausgeführt worden: davon waren 2 rezidivfrei! Schließlich war bei 2 Pat. mit Leistenbruch und Varikokele nur der erstere mittels Bassini-Operation angegriffen worden; in einem Falle verschwand hier auch die Varikokele. Gegenüber diesen anatomischen Rezidiven steht die Beschwerdelosigkeit der Operierten in den meisten Fällen. Diese ist, wie Verf. darlegt, der engen Leiste zu verdanken. Therapeutisch empfiehlt er das Narath'sche Vorgehen. H. Kolaczek (Tübingen).

46) Erich Schede. Weitere Erfahrungen über die Hydrokelenoperation mittels Ausstülpung der äußeren Tunica vaginalis propria (nach Doyen-Jaboulay-Winkelmann). Inaug.-Diss., Rostock, 1910.

Nach den bisher über die Erfolge der Winkelmann'schen Hydrokelenoperation vorliegenden Mitteilungen und den Erfahrungen der Rostocker Klinik leistet die Methode nicht nur in Hinblick auf die äußerst einfache Technik und ihre kurze Heilungsdauer, sondern auch in Hinblick auf den dauernden Erfolg recht Gutes. S. berechnet die Häufigkeit der Rezidive auf 6,83%. Zur Erzielung guter Resultate ist die Ausschließung dickwandiger Hydrokelen und Hämatokelen, exakte vollständige Umkremplung des Sackes und Verkleinerung des Schlitzes nötig, um ein Zurückschlüpfen des Hodens zu verhüten. Bei sehr großem Hydrokelensack empfiehlt sich eine partielle Resektion der Tunica.

Wemmers (Dresden).

47) Kurt Hanusa. Über Spermatokele. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2.)

Verf. teilt die Krankengeschichten von sechs derartigen, im Laufe eines Jahres beobachteten Fällen aus der Kieler Klinik (Prof. Anschütz) mit und bespricht die viel umstrittene Pathogenese, die pathologische Anatomie und die klinischen Erscheinungen des Leidens. Er faßt seine Ausführungen in folgende Sätze zusammen:

1) Spermatokelen entstehen aus Vasis efferentibus, aberrantibus und der ungestielten Hydatide. — 2) Die Ätiologie wird in der weitaus größten Mehrzahl

der Fälle ein Trauma oder eine Entzündung sein, welche die Stenose eines oder mehrerer Hodenkanälchen bedingen. Die »physiologische Verengerung« kommt nur als Adjuvans in Betracht oder selbständig bei der Entstehung aus der Hydatide bzw. aus Vasis aberrantibus. — 3) Wir unterscheiden extravaginale und intravaginale Spermatokelen nach ihrer Lagebeziehung zur Tunica vaginalis propria. Erstere entstehen aus Vasis effer. und aberr., letztere aus der ungestielten Hydatide und den Vasis effer., welche im Nebenhodenkopf innerhalb der Tunica vaginalis propria liegen. — 4) Nach den von uns selbst beobachteten und den innerhalb der letzten 10 Jahre in der Klinik behandelten Fällen werden die praktisch wichtigeren extravaginalen Spermatokelen fast immer multilokulär sein. — Die Diagnose wird meist zu stellen sein, falls nicht eine gleichzeitig bestehende größere Hydrokele die Palpation des Hodens unmöglich macht und sich zwischen dem Hydrokelensack und dem der Cyste Verwachsungen gebildet haben, welche beide als ein Ganzes erscheinen lassen. — Die Therapie sei radikal.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

48) P. Sabella (Rom). Ectopia e sarkoma bilaterale del testicolo. (Policlinico, sez. chir. XVII. 9. 1910.)

Bei einem 23jährigen Studenten bestand seit 6 Jahren eine allmählich zunehmende Vergrößerung und Verhärtung des linken Hodens, die zuerst als Tuberkulose gedeutet und erfolglos mit Jodeinspritzungen behandelt worden war. Erneute Untersuchung ließ die Diagnose Hodensarkom stellen, weshalb der linke Hoden mit dem Vas deferens entfernt wurde.

Nach 3 Monaten kam Pat. wieder in Behandlung, da sich eine seit Jahren bestehende Bauchgeschwulst, die als ektopischer rechter Hoden gedeutet worden war, vergrößert hatte. Die Untersuchung ergab eine große Geschwulst in der rechten Lendengegend, die durch Bauchschnitt freigelegt und als ektopischer, stark vergrößerter rechter Hoden festgestellt und exstirpiert wurde.

Die histologische Untersuchung ergab, daß sowohl der linke wie der abdominolumbal gelegene rechte Hoden sarkomatös entartet war.

In einer ausgedehnten Epikrise zitiert Verf. die reichhaltige Literatur der Hodensarkome unter besonderer Berücksichtigung der Ectopia testis, die eine Prädisposition für sarkomatöse Entartung schafft. Für den angeführten Fall wird eine sogenannte neoplastische Dyskrasie angenommen. Beide Sarkome entwickelten sich auf Grund dieser Dyskrasie unabhängig voneinander.

Pat. war 6 Monate nach der zweiten Operation noch ohne Rezidiv.

M. Strauss (Nürnberg).

---

49) Festschrift zur Jahrhundertfeier des Trier'schen Instituts oder Universitäts-Frauenklinik in Leipzig am 29. Oktober 1910. Von dem gegenwärtigen Direktor (P. Zweifel) und seinen Assistenten. (Sonderabdruck aus dem Archiv für Gynäkologie Bd. XCII. Hft. 1. Berlin, Aug. Hirschwald, 1910.)

Die Entwicklung des Trier'schen Instituts, jetzt der Universitätsklinik, in Leipzig ist zugleich eine Geschichte der Entwicklung der Gynäkologie in den letzten 100 Jahren. Nach einem Rückblick auf die Gründung und wissenschaftliche Tätigkeit unter den ersten beiden Direktoren (Trier und Credé) folgt ein Bericht aus den letzten 23 Jahren von Zweifel, dem sich drei Abhandlungen der jetzigen Assistenten Lichtenstein, Aulhorn und Schweitzer anschließen.

Der Zweifel'sche Bericht ist von dauerndem Wert. Er zeigt die Fortschritte in den Erfolgen bei den wichtigsten gynäkologischen Operationen, insbesondere den Laparotomien, die Entwicklung der Asepsis und ihren Einfluß auf die Mortalität der Operierten im allgemeinen, die Erfolge in der Verhütung des Ileus, die Ursachen der Lungenembolie und der mehrfach aufeinander folgenden Todesfälle. Ihm schließt sich ein Bericht über die einzelnen gynäkologischen Operationen an. Der mit mehrfachen Abbildungen geschmückte 164 Seiten starke Band ist ein wertvoller Beitrag zur Geschichte der operativen Gynäkologie und sei jedem Gynäkologen und Chirurgen zum angelegentlichsten Studium empfohlen.

Jaffé (Hamburg).

---

50) **Henri Hartmann. Gynécologie opératoire.** Avec 422 figures en texte et 80 en couleur. Paris, Steinheil, 1911.

Das vorliegende Werk, welches weit mehr enthält, als sein Titel verspricht, ist in der Absicht verfaßt, für den Praktiker eine erschöpfende Darstellung der gynäkologischen Therapie zu liefern. Insbesondere ist auch auf die Indikationen und Kontraindikationen ein großes Gewicht gelegt worden. In den Anfangskapiteln beschäftigt sich H. mit dem gynäkologisch-klinischen Krankenexamen und der sorgfältigen allgemeinen und lokalen Untersuchung. Der springende Punkt der Anamnese, die Wichtigkeit der bimanuellen und rektalen Untersuchung in den verschiedenen Körperlagen, so namentlich auch auf dem Planum inclinatum, die Verwendung der endoskopischen Methoden auch für den Uterus (Hysteroskopie) werden anschaulich beschrieben, wie denn auch alle in Betracht kommenden Instrumente und Einrichtungen bildlich dargestellt sind. Der konservativen Therapie wird von dem Operateur ein breiter Raum bewilligt, wie die genaue Schilderung der Massage, Gymnastik, der elektrischen und hydrotherapeutischen Maßnahmen beweist. Trotzdem ist die Schilderung der Operationsverfahren in ihrer Art vollkommen und vollständig. Die geschilderten Operationsmethoden decken sich zum großen Teil mit den in Deutschland üblichen Eingriffen. Besonders reichhaltig und gut ausgestattet ist der Abschnitt über die Dammplastik und die Raffung des Sphincter ani bei Incontinentia alvi; lesenswert ist ferner das Kapitel über die verschiedenen Methoden der Hysterektomie bei begleitenden Adnexgeschwülsten; dies entspricht der aktiven Richtung der französischen Chirurgie gegenüber den Folgeerscheinungen der chronischen Gonorrhöe. Auffällig kurz ist das Kapitel über die Extra-uterin-Schwangerschaft. Ein Anhang des Buches bringt einen urologischen Abschnitt über die Erkrankungen der Harnröhre und Blase des Weibes. Bei der Technik der Blasenuntersuchung beschränkt sich H. auf die Schilderung der älteren Methoden; das Cystoskop wird nicht beschrieben und nicht empfohlen. Die reiche Ausstattung des Buches mit leicht faßlichen, schematischen, teilweise auch bunten Bildern kommt dem Leser sehr zu statten. Das Buch wird auch dem Spezialisten manches Neue bringen und ist besonders deswegen den Fachgenossen zu empfehlen, weil es die Beziehungen zu den Grenzgebieten der Gynäkologie so ausführlich berücksichtigt.

Kroemer (Greifswald).

51) C. Taddei (Firenze). Sui tumori della regione inguinale nella donna. (Clin. chir. 1910. Nr. 9 u. 10.)

52) D'Anna Enrico. Le lesioni dei testicoli e delle ovaie. (Clin. chir. 1910. Nr. 9.)

Um den Einfluß des Phosphors, Arsens und Antimons auf die Keimdrüsen zu studieren, hat A. Kaninchen jeden 2. Tag 3 mg dieser Substanzen injiziert oder täglich 2 mg in den Speisen verfüttert. Zuerst nahmen die Tiere an Gewicht zu, um nachher wieder abzumagern. Die Tiere wurden, wenn sie sich im Zustand der chronischen Vergiftung befanden, getötet, die Eierstöcke wurden in Müller-scher und zum Teil in Flemming'scher Lösung fixiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Zunahme des Bindegewebes auf Kosten der Parenchymzellen, die degenerierten. Es bestand starke Vasodilatation und Thrombosierung der Gefäße, die von einer Nekrose des Endothels herrührt. Daraus erklären sich die Aborte und die Unfruchtbarkeit bei den Arbeitern in Phosphor-, Arsen- und Antimonfabriken. Stocker jun. (Luzern).

---

53) D. D. Popow. Die Operation der Bildung einer künstlichen Scheide aus dem Mastdarm. (Russki Wratsch 1910. Nr. 43.)

Diese Operation wurde bekanntlich zuerst von Snegirew ausgeführt. P. operierte einen Fall mit sehr gutem Resultat (vollkommene geschlechtliche Funktion) nach verbesserter Methode. Der untere Teil des Mastdarms blieb vorn oben in Verbindung mit der Blase; der untere Abschnitt wurde nach Längsspaltung des Dammes nach vorn bis 0,5 cm hinter der Harnröhrenmündung verpflanzt. Der zentrale Teil des Mastdarms wurde nun herabgezogen und an der Stelle des normalen Afters eingenäht. So wurden normale anatomische Verhältnisse zwischen After, Scheideneingang und Harnröhrenmündung erzielt und der Mann der Pat. ahnte gar nicht, daß seine Frau eine Abnormität an den Genitalien besaß.

Gückel (Kirssanow).

---

54) Fr. Brunner (Zürich). Über gefährliche intraperitoneale Blutungen bei Uterusmyomen. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 30.)

42jährige Krankenschwester mit großem Fibroid spürt beim Heben eines Kranken plötzlich einen gewaltigen Schmerz im Leib und kollabiert rasch. Operation nach 3 Stunden ergibt in der Peritonealhöhle ca. $2^1/_2$ Liter Blut und als dessen Quelle ein erbsengroßes Loch in einer Vene der Kuppe des Fibroids. Supravaginale Amputation. Heilung.

Die Literatur kennt bisher zwölf ähnliche Beobachtungen, doch ist hier zum ersten Male die richtige Diagnose vor der Operation gestellt worden. Von den operierten zehn Pat. genasen acht. — Ursache der Verletzung der Gefäße ist (im Gegensatz zu Krampfadern) immer ein außerhalb der Geschwulst liegendes Moment. A. Wettstein (Winterthur).

---

55) v. Franqué (Gießen). Über die Keilresektion des Uterus. (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXVI. Hft. 3.)

Die von Pfannenstiel für die Kombination von Vorfall und Metroendometritis angegebene Keilresektion des Uterus hat Verf. in 15 Fällen ausgeführt. Ein Hauptvorteil dieser Operation besteht darin, daß der sonst viel zu große,

oft myomatöse Uterus erst dann zur plastischen Verwendung des Organs sich verwenden ließ. Vor der Totalexstirpation ist als rein theoretischer Vorzug die Erhaltung der Periode zu erwähnen, die aber oft nicht gelang. Was den Vergleich zwischen Dauererfolg und augenblicklicher Gefahr beider Operationen anlangt, so glaubt Verf., daß auch nach der Totalexstirpation die Rekonstruktion des Beckenbodens recht gut gelingt; wenigstens sprechen seine guten Erfahrungen in dieser Hinsicht dafür. Im allgemeinen sind die Dauerresultate der Keilresektion in Verbindung mit der Schauta-Wertheim'schen Operation recht gute, und ist sie eine willkommene Bereicherung unserer Hilfsmittel in den Fällen, in denen das Corpus uteri wegen seiner Größe nicht ohne weiteres als Pelotte verwendet werden kann. Der wundeste Punkt der Operation ist das nachher so häufig auftretende, oft recht hohe Fieber, das nur in drei Fällen ganz fehlte. Es dürfte wohl nicht als aseptisches Fieber infolge lokaler Nekrose (Cohn) aufzufassen sein, sondern eher als eine Infektion der recht komplizierten, zum Teil buchtigen Wunde, bei der eine absolute Blutstillung nicht zu erreichen st. Verf. tordert demnach zur Beseitigung dieses nicht unbedenklich erscheinenden Nachteils noch sorgfältigere Desinfektion, event. Vorbehandlung der Scheide mit Jodtinktur, und eine möglichst vollständige und dauerne Bluttrockenlegung.

C. Koch (Greifswald).

57) Vanvolxem (Gießen). Beiträge zur operativen Behandlung gutartiger und bösartiger Eierstocksgeschwülste. (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 1.)

Verf. zieht aus sieben beobachteten Fällen folgende Schlüsse:

Bei einseitigen malignen Ovarialtumoren ist nicht nur das zweite normal aussehende Ovarium, sondern auch der Uterus mit zu entfernen, die Operation überhaupt nach Art der erweiterten Radikaloperation zu gestalten.

Bei verdächtigen einseitigen Ovarialtumoren ist womöglich noch während der Operation, jedenfalls aber sofort nach derselben durch mikroskopische Untersuchung die Diagnose sicherzustellen, um das entsprechende operative Verfahren einschlagen zu können.

Makroskopisch ist bei vielen malignen Ovarialgeschwülsten der maligne Charakter nicht zu erkennen.

Auch bei einseitigen gutartigen Eierstocksgeschwülsten verdient das zweite Ovarium eine größere Beachtung und dürfte sich in geeigneten Fällen die Vornahme der Proberesektion empfehlen.

Wenn auch bei der Beseitigung von Ovarialgeschwülsten der abdominelle Weg, abgesehen von besonderen Verhältnissen bei Schwangerschaft und bei der Geburt, grundsätzlich zu bevorzugen ist, so kahn gleichwohl ausnahmsweise der vaginale Weg der einzig gangbare und erfolgreiche sein.

C. Koch (Greifswald).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 6. Sonnabend den 11. Februar 1911.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Universitäts-Klinik zu Gießen.
Direktor: Prof. Poppert.

Beitrag zur Venenanästhesie.

Von

Privatdozeot Dr. Aug. Brüning.

In allen Mitteilungen über Erfahrungen mit der Bier'schen Venenanästhesie findet man die Forderung, daß man die Extremität mittels der Esmarch'schen Expulsionsbinde blutleer machen soll. Hieraus ergeben sich aber eine Reihe Kontraindikationen, die die Anwendung dieser Methode sehr einschränken müssen. So ist es bei Phlegmonen, Abszessen und eitrigen Gelenkerkrankungen der Schmerzen wegen nicht immer möglich, die Extremität blutleer zu wickeln. Auch ver-

bietet der eitrige Charakter der Erkrankung häufig die Anwendung einer komprimierenden Binde, da ja dadurch das infektiöse Material verschleppt und weiterverbreitet werden könnte. Ferner kann bei ausgedehnten Varicen die Anlegung der Expulsionsbinde unangebracht erscheinen. Ist das Gefäßsystem aber nicht vollständig entleert, so wird man nie eine gute Anästhesie erreichen. Da hat es sich mir nun als praktisch erwiesen, oberhalb der erkrankten Partie im Gesunden eine Konstriktionsbinde anzulegen, nachdem man die Extremität vorher einige Zeit senkrecht eleviert hat. Erst von dieser Binde aus beginnen wir nun die Expulsionsbinde zentralwärts zu führen, um zwei Handbreit höher eine zweite Konstriktionsbinde in breiten Touren anzulegen. In diesem Zwischenbindenraum wird dann die Injektion von 40—80 ccm frisch bereiteter 0,5%iger Novokain-physiologische Kochsalzlösung ohne Adrenalinzusatz vorgenommen. Die Vene legt man sich praktischerweise schon vor der Bindeneinwicklung frei. Nach 15 Minuten, die man zur Desinfektion des Operationsfeldes benutzen kann, ist im peripheren Gliedabschnitt die (indirekte) Anästhesie eingetreten. Die untere Binde darf während der Operation natürlich nicht entfernt werden, weil ja sonst das gestaute Blut die Novokainwirkung beeinträchtigen würde. Ich verfolge also das Prinzip, das Operationsgebiet in den Bereich der indirekten Anästhesie zu bekommen; ob es selbst blutleer ist oder nicht, ist für den Erfolg irrelevant. Dies Ziel erreicht man dadurch, daß man in beliebiger Entfernung oberhalb des Krankheitsherdes zwischen zwei Gummibinden einen 10—15 cm breiten, blutleeren Abschnitt schafft, in dessen Venen man Novokainlösung hineinbringt, damit so die größeren Nervenstämme leitungsunfähig gemacht werden. Die bei der Operation hervorquellenden Blutstropfen erleichtern uns das Auffinden der Gefäße und die definitive Blutstillung.

II.

Aus der chirurgischen Abteilung des Gouvernementsspitals in Poltawa.

Plastische Methode der Schließung von Fistelgängen, welche von inneren Organen kommen.

Von

Oberarzt Dr. Abrashanoff.

Das Grundverfahren bei der Heilung jeglicher Fisteln, durch die entweder der Inhalt oder das Sekret eines Organs ausgeschieden wird, ist zweifellos die Beseitigung des Ursprungs der Fistel und die Schließung der Fistelränder mittels Vernähung. So gehen wir vor bei Blasenfisteln, Darmfisteln usw. Leider ist ein solches Verfahren nicht immer möglich, z. B. bei Nieren-, Leber- und Lungenfisteln. Auch beim Vernähen von Darmfisteln stoßen wir zuweilen auf unüberwindliche Hindernisse, z. B. bei Rektalfisteln, welche sich in das hintere Scheidengewölbe öffnen. Infolgedessen ist die Frage der Verschließung lang anhaltender und der gewöhnlichen Therapie nicht zugänglicher Fisteln dringend. Aus dem Grunde habe ich schon im Jahre 1900 meine Methode der plastischen Schließung von Fisteln veröffentlicht, die ich damals mit Erfolg in einem Falle von Lungenfistel angewandt habe. Jetzt kann ich zwei weitere Fälle hinzufügen.

Die von mir vorgeschlagene Methode basiert auf dem anerkannten Prinzip der Plastik mit Hilfe eines gestielten Lappens und ist leicht ausführbar. Es wird ein genügend großer Lappen aus den benachbarten passenden Gewebspartien, am besten aus Muskelgewebe, zugeschnitten. Nach Anfrischung der Fistel mittels eines scharfen Löffels wird der Lappen mit der Spitze voran in den Fistelgang bis zu dessen Grunde eingeführt, so daß der ganze Kanal vom Lappen ausgefüllt ist. Um das Wegrücken des Lappens zu verhindern, wird er an mehreren Stellen mit den Fistelrändern vernäht. Innerhalb einiger Tage wächst er an und gibt den Boden zur Gewebsneubildung, welche die noch gebliebenen Lücken ausfüllt. Die Befürchtung, daß der Lappen zur Sekretstauung führen möchte, hat sich (bei mir) in der Praxis nicht bestätigt, denn nach Schließung der Fistel mittels eines Lappens hörte die Sekretion stets auf.

Die Methode ist in folgenden Fällen angewandt worden:

I. Bei einem 27jährigen Arbeiter bildete sich nach einem Messerstich in die Brust ein Lungenabszeß, welcher inzidiert wurde. 10 Monate nach der Verwundung findet sich noch im X. Interkostalraum der Linea scapularis eine Fistel vor, die mit der Lunge in Kommunikation steht (beim Sondieren blutige Expektoration). Operation: Nach Erweiterung des Fistelganges wird aus dem M. latissimus dorsi ein breitgestielter Lappen von ca. 7 cm Länge zugeschnitten und seine Spitze bis zum Fistelgrunde eingeführt. Nach 3 Wochen ist alles vernarbt. Der Erfolg ist nach 9 Monaten kontrolliert worden.

II. Bei einer 23 Jahre alten Bäuerin mit Pelveoperitonitis adhaesiva und Erkrankung der Gebärmutteradnexe ist eine beiderseitige Entfernung der letzteren durch das hintere Scheidengewölbe ausgeführt und dabei der Mastdarm verletzt worden. Nach $1^1/_2$ Monaten besteht eine 6 cm tiefe Kotfistel. Nach 2 Monaten Operation. Schließung der Fistel mittels eines gestielten Lappens aus Submucosa und Muskelgewebe. Anheilung des Lappens, die Kotausscheidung hört auf.

III. Veraltetes Empyem, zweimal nach Schede operiert. Es blieb ein Hohlraum von ca. 6 cm Tiefe zurück, der mit einem Muskellappen geschlossen wurde. Alles verheilt.

III.

Chronischer Katarrh der weiblichen Brustdrüse.

Von

W. Mintz.

Chirurg am Alt-Katharinenspital, Chir. Primärarzt am Evangelischen Hospital zu Moskau.

Als chronischen Katarrh der Brustdrüse möchte ich eine Affektion bezeichnen, die mir innerhalb 6 Jahren siebenmal entgegengetreten ist. Es handelt sich im wesentlichen um eine konstante, sich über Jahre hinausziehende Sekretion von gelbem Serum einer der Brüste, ohne irgendwelche Symptome.

Einige kurze Krankengeschichten mögen das klinische Bild illustrieren:

40jährige Frau. Letzte Geburt vor 11 Jahren. Nährt nicht selber, weil, bei genügender Milchproduktion, die Brustwarzen eingezogen sind. Seit einem Jahre besteht aus der rechten Brust eine Absonderung von gelbem Serum, welche während der Regel nicht zunimmt. Ein einziges Mal war das Sekret während der Regel leicht blutig. Keinerlei Schmerzempfindung. Beide Mammae mittel-

groß von gleichem Umfang, nicht körnig anzufühlen. Brustwarzen nicht ekzematös, eingezogen. Das Sekret trocknet zu Borken ein, die mikroskopische Untersuchung ergibt amorphe Schollen, sonst keine zelligen Elemente.

Ähnliche Beobachtungen habe ich an drei anderen Frauen gemacht, welche im Alter von 35, 38 und 41 Jahren standen. Das gleiche Fehlen objektiver und subjektiver Symptome bei konstanter einseitiger Sekretion (zweimal rechts, einmal links) von gelbem Serum im Laufe von 2, $1^1/_2$ Jahren und 9 Monaten, ohne irgendwelche Abhängigkeit von der Periode.

Der nächste Fall bringt die Möglichkeit eines Versiegens der Sekretion.

35jährige Frau. Letzte Geburt vor 13 Jahren. Regel normal. Vor 2 Jahren setzt ohne prodromale Erscheinungen Absonderung gelben Serums aus der rechten Brust ein, welche schätzungsweise einen Teelöffel voll täglich beträgt. Subjektive Symptome fehlen, ebenso Abhängigkeit von der Regel. Im 2. Jahre der Erkrankung fand ich zwei normale, nicht hängende Brüste mit normalen Warzen. Beide Drüsen fühlten sich gleich fest, nicht körnig an. Nach intensivem Jodkaligebrauch versiegte der Katarrh gegen Ende des 2. Jahres. Seit nunmehr 3 Jahren ist derselbe nicht wiedergekehrt. Heute fühlen sich beide Brüste gleich an und sind vollkommen normal.

Zwei weitere Beobachtungen komplizieren das Krankheitsbild:

36jährige Frau. Mutter an Brustkrebs gestorben. Letzte Geburt vor 8 Jahren. Pat. nährte ein Jahr lang und unterbrach das Nährgeschäft, weil in der rechten Brust ein Adenom konstatiert wurde. Gleichzeitig setzte der Katarrh rechtseitig ein und blieb trotz Entfernung des Adenoms. Die Sekretion von gelbem Serum besteht nunmehr seit 7 Jahren ohne subjektive Erscheinungen und Abhängigkeit von der Menstruation. Im 6. Jahre entwickelt sich eine oberflächliche eitrige Mastitis. Vor 2 Jahren konstatierte ich in der linken Mamma ein Adenom, ohne daß sich in dieser Brust der Katarrh entwickelt hatte. Die sezernierende Brust ist größer, körniger, die Brustwarze etwas voller als links.

55jährige Frau. Klimakterium seit 10 Jahren. Vor 3 Jahren setzt Sekretion eines gelben Serums aus der rechten Brust ein. Ende des 3. Jahres wird das Serum blutig, versiegt und gleichzeitig entwickelt sich im oberen inneren Quadranten ein derber Tumor. Mammilla normal.

Makroskopisch zeigt die entfernte Drüse alle Anzeichen von Altersveränderung, Atrophie des Parenchyms und Ersatz durch Fett. Mikroskopisch finden sich typische Karzinomnester im Bereiche des Tumors und Atrophie des Parenchyms.

Der Katarrh setzt mithin ohne vorherige Erscheinungen bei 30jährigen und älteren Frauen vor und im Klimakterium einseitig ein. Quantität und Qualität des Sekrets steht in keinem Zusammenhang mit der Periode. Den Katarrh begleiten weder subjektive Symptome noch Veränderungen an Brustdrüse und Warze. Er dauert jahrelang (bis zu 7 Jahren) unverändert fort, kann — vielleicht unter dem Einfluß von Jodkaligebrauch — versiegen. Er kann neben einem Adenom der Brustdrüse bestehen, ist aber nicht als Folgeerscheinung zu deuten. Er kann ferner nach jahrelangem Bestehen hämorrhagisch werden, während gleichzeitig in der befallenen Drüse sich ein Karzinom entwickelt. Komplizierende eitrige Mastitis ist beobachtet.

Es entsteht nun die Frage nach dem Vorkommen analoger Erscheinungen an der Brustdrüse, dem Entstehungsort des Sekrets, den entsprechenden mikroskopischen Veränderungen der befallenen Drüse und zuletzt der prognostischen Bedeutung des Katarrhs.

Derselbe hat nichts Gemeinsames mit den die Paget'sche Erkrankung der

Mammilla begleitenden Sekretionserscheinungen. Bei letzterer kommen ausgesprochene lokale und subjektive Erscheinungen hinzu. Brustkrebse sind mitunter von gelbem bzw. bräunlichem Brustdrüsensekret begleitet, ebenso gutartige Tumoren, doch muß ich sagen, das beides die große Seltenheit ist, namentlich bei den letzteren.

Die Frage nach dem Entstehungsort des Sekrets und den mikroskopischen Veränderungen ist begreiflicherweise noch nicht absolut zu beantworten. Es wird sich kaum ein Pat. dazu entschließen, einer so gelinde verlaufenden Affektion wegen die Brust zu opfern. Immerhin ließen sich wenigstens theoretische Vermutungen aussprechen.

Neben der Mastitis chronica cystica, welche einer primären Epithelproliferation mit nachträglichem Zerfall und Zusammenfließen der Cystenlumina ihre Entstehung verdankt, existiert eine von mir im Jahre 1899 beschriebene Form, wo im Anschluß an subepitheliale Bindegewebswucherungn sich das Acinusepithel, ohne ausgesprochene Wucherung, abstößt und mit dem Sekret der bloßliegenden Granulationen den Cysteninhalt bildet. Ich habe 4 Jahre später einen Fall von Mastitis chronica cystica operiert, bei dem die Brustdrüse von Cysten durchsetzt war, welche einen goldgelben Inhalt hatten und bindegewebige Wandungen aufwiesen. Ich bin geneigt anzunehmen, daß den chronischen Katarrh der Brustdrüse ebenfalls desquamative Prozesse in den Acinis begleiten, welche mit transsudativen Prozessen aus dem Bindegewebe vergesellschaftet sind.

Ob dem so ist, müssen weitere mikroskopische Untersuchungen ergeben, desgleichen, ob die Bezeichnung »Katarrh«, die ich zunächst aus etymologischen Gründen gewählt habe, zu erhalten ist. Von noch größerem Werte wäre aber die prognostische Würdigung des Katarrhs. Dies der Zweck meiner Mitteilung.

Anmerkung bei der Korrektur:

Achte Beobachtung: 44 jährige Frau. Letzte Geburt vor 10 Jahren; hat stets selber genährt. Seit 3 Monaten bleibt die Regel aus.

Vor 6 Jahren trat ohne jegliche Prodromalerscheinungen Ausfluß gelben Serums aus der linken Brust ein. Seit 2 Jahren ist derselbe rosig gefärbt. In den letzten 3 Monaten wird derselbe an den der ausbleibenden Regel entsprechenden Tagen intensiv blutig. Nach ein paar Tagen kehrt sein früheres Aussehen wieder.

Der Ausfluß ist seit 6 Jahren quantitativ der gleiche und ist von keinen subjektiven Beschwerden begleitet.

Am 9. Dezember 1910 konnte ich objektiv vollkommen normal aussehende und anzufühlende Mammae konstatieren. Mammilla normal, Axillardrüsen nicht zu fühlen. Mikroskopisch finden sich amorphe Schollen und Blutbestandteile.

---

1) Breslauer chirurgische Gesellschaft.

Sitzung am Montag, den 12. Dezember 1910, in der Kgl. chirurg. Klinik.

Vorsitzender: Herr Küttner.

1) Herr Küttner: a. Bericht über 450 in den letzten 3 Jahren ausgeführte Magenoperationen.

In der Zeit vom 1. VII. 1907 bis 31. VIII. 1910 kamen 814 Pat. mit Magenleiden zur Beobachtung. Klinisch behandelt wurden fast 500 (492), 367 mit bösartigen, 125 mit gutartigen Affektionen. Ausgeführt wurden 122 Resektionen,

138 Gastroenterostomien, 25 Jejunostomien, 98 diagnostische und Probelaparotomien, 2 Gastrotomien, 71 Gastrostomien, insgesamt 456 Operationen.

Bösartige Magenerkrankungen. Mit Ausnahme eines Sarkoms stets Karzinome. Von sämtlichen beobachteten Fällen waren 24% radikal, 23% palliativ operabel. Nur der dritte Teil der Krebskranken war weiblichen Geschlechts, über die Hälfte hatten das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht. 30% litten seit Jahren an Magenbeschwerden, 70% waren stets magengesund. Unter den Beschwerden fehlte Schmerz nur in 10%, Erbrechen trotz verschiedenartigster Lokalisation nur in 20%, Abmagerung nur in 7% der Fälle. Kachexie kontraindiziert nicht die Radikaloperation, welche mehrfach erfolgreich bei 30 und 35% Hämoglobin ausgeführt wurde. Salzsäure war in 27%, Milchsäure nur in 57%, Blut im Mageninhalt oder Stuhl nur in 61% der Fälle nachzuweisen. Mehrfach war die motorische Funktion und der Chemismus absolut normal. Befund von Tumorzellen im Ausgeheberten kann täuschen.

102 Radikaloperationen. Der Tumor betraf in 51% der Fälle Pylorus und aborale Magenhälfte, in 27% die kleine, 7% die große Kurvatur, 3% die Vorderwand, 9% die Hinterwand, 3% die Cardia. Die Magenresektion wird durchaus als typische Operation ausgeführt, stets Billroth II, Graser-Instrumentarium und Murphyknopf. Die Mortalität betrug, trotzdem 12 verschiedene Operateure beteiligt waren und in 20% Pankreas- und Leberresektionen, in 78% ausgedehnte Drüsenausräumungen nötig wurden, 24%. Nachrichten sind vorhanden von 56 Resezierten, von diesen sind gesund seit 1—3 Jahren 37%.

Ein wenig erfreuliches Bild gaben die Palliativoperationen wegen Karzinoms; sie wurden nach Möglichkeit beschränkt. 78 Gastroenterostomien fast nur wegen Pylorusstenose mit 18% Mortalität (17 Operateure), meist an Kachexie und Pneumonie. 21 Jejunostomien mit 10 Todesfällen; die Operation wurde wegen der hohen Mortalität und des häufigen schlechten Funktionierens der Fistel bei Karzinom aufgegeben. Auch die Mortalität der 93 Probelaparotomien war nicht gering; von 93 Fällen, welche sämtlich an inoperablen Karzinomen litten, starben 12 = 13%, meist an Kachexie oder Tumorperforation. Häufig ergab die Probelaparotomie, welche das einzige Mittel ist, um Operabilität oder Inoperabilität in den nicht allzu vorgeschrittenen Fällen festzustellen, wider Erwarten noch ein operables Karzinom; sie soll also trotz der nicht geringen Mortalität häufig zur Anwendung kommen und nur bei nachweisbarem Ascites und sicheren Metastasen (Knoten im Douglas, Virchow'sche Drüse [event. Probeexzision!] können täuschen) unterlassen werden. Die diagnostische Laparotomie, welche das Vorhandensein eines ernsteren Magenleidens sicherstellen soll, wurde häufig ausgeführt, ohne an sich einen Todesfall zu bedingen, und ergab 5mal ein negatives Resultat.

Gutartige Magenerkrankungen. 125, weniger als die Hälfte der bösartigen. 25 Resektionen unter der Diagnose Ulcus callosum, davon 31% histologisch Karzinome. Mortalität der Resektionen wegen Ulcus callosum 14%. Das Ulcus callosum wird prinzipiell reseziert, weil es 1) in vielen Fällen weder klinisch, noch bei eröffneter Bauchhöhle, noch selbst am makroskopischen Präparat möglich ist, das Ulcus callosum vom Karzinom zu unterscheiden, vielmehr einzig und allein die mikroskopische Untersuchung die Differentialdiagnose gestattet, und 2) weil die Mortalität der Resektion beim Ulcus callosum nicht wesentlich höher ist, als die der Gastroenterostomie, die Endresultate der Resektion aber bei weitem besser sind. — Nicht kallöse Magenulcera wurden vielfach dem Internisten überwiesen. Konservativ behandelt wurden auch die foudroyanten

Blutungen, ohne Todesfall. 56 hintere Gastroenterostomien, meist wegen Pylorusstenose mit oder ohne frisches Ulcus, rezidivierende Blutung oder Magensaftfluß. Mortalität 9%, von 5 Todesfällen 2 an Ulcusblutung, ein Beweis, wie wenig die Gastroenterostomie bei Blutungen nützt. — 14 Sanduhrmagen, darunter 2 doppelte; meist Gastroenterostomie am kardialen Teil, 1mal Resektion (Karzinom), 1mal Exstirpation des ganzen peripheren Teiles mit zwei Stenosen. — 6 Operationen wegen Ulcus duodeni. Resektion des Duodenum zu widerraten, Gastroenterostomie gibt ausgezeichnete Resultate. — 5 Magenoperationen wegen Säureverätzung, 2mal Folgezustände der Vernarbung, 3mal frische Verätzungen. Einmal erfolgreiche Resektion der vernarbten Magenpartie, einmal Gastroenterostomie wegen Pylorusstenose (Tod nach Wochen an Vergiftungsnephritis).

In den 3 frischen Fällen Jejunostomie wegen schwerster Verätzung der Speiseröhre und des Magens mit 2 Heilungen. Wichtige Indikation der Jejunostomie.

Herr Küttner stellt vor:

b. Ein junges Mädchen mit Epilepsie, vom Hinterhauptlappen ausgegangen. Trepanation, kein Herd gefunden. Verschlimmerung der Epilepsie mit zahlreichen täglichen Anfällen und drohender Lebensgefahr. Hirnpunktionen zwecks Ermittelung des Grundleidens führen zu halbseitiger Lähmung, Koma, Hirnprolaps und schwerstem Krankheitsbild. Von dem Moment ab aber sistieren die epileptischen Krämpfe. Pat. hat sich sehr erholt, und die Hemiplegie ist fast völlig zurückgegangen. Offenbar hat die Blutung, welche sich an die Punktionen anschloß, das primär krampfende Zentrum oder die von ihm abführenden Bahnen zerstört.

c. Den ersten mit Implantation eines Hüftgelenkes aus der Leiche behandelten Pat. Die Operation liegt 10 Monate zurück. Das Gelenk ist tragfähig und mit guter aktiver Beweglichkeit nach allen Richtungen eingeheilt.

2) Herr Hinsberg demonstriert:

a. Einen Pat., bei dem ein enormer Extraduralabszeß in der rechten mittleren Schädelgrube eine Lähmung der linken Körperhälfte verursacht und dadurch einen rechtseitigen Schläfenlappenabszeß vorgetäuscht hatte.

b. Vier Pat. mit Perichondritis der Larynxknorpel. Die eine Pat. mußte wegen eines akuten Glottisödems, bedingt durch Perichondritis der Ringknorpelplatte, tracheotomiert werden; die Perichondritis und damit die Stenose ging zurück, nachdem ein Abszeß in der Gegend des linken Aryknorpels intralaryngeal inzidiert wurde. Décanulement. Heilung.

Bei den drei anderen Pat. hatte die Perichondritis, die zweimal durch Trauma, einmal ohne nachweisbare Ursache entstanden war, zur Zerstörung am Knorpel und bei zwei zu dauernden Stenosen geführt, während der dritte Fall im ganz akuten Stadium erstickend eingeliefert wurde. Bei allen drei Pat. wurden nach Laryngofissur die erkrankten Knorpelpartien unter Erhaltung der Larynxweichteile reseziert, dann sofort zur Dilatation eine Glaskanüle nach Mikulicz in der vom Vortr. modifizierten Form eingelegt. Ein Pat. ist seit einem Jahre geheilt, zwei befinden sich noch in Behandlung und tragen die Glaskanüle seit 8 bzw 3 Tagen.

Die Resultate dieser Behandlungsmethode, die vom Vortr. in acht Fällen angewandt wurde, sind sehr befriedigend, die Dauer der Kanülenbehandlung betrug im Durchschnitt ca. 6 Wochen.

3) Herr Preusse: Demonstration eines Falles von Barlow'scher Krankheit bei einem 9monatigen Mädchen. Diffuse Schwellung des rechten Oberschenkels

die sich röntgenologisch als periostales Knochenhämatom mit neugebildeten Knochenlamellen aufklärte, Zahnfleischblutungen an den Durchbruchstellen der Zähne, hämorrhagische Nephritis mit allgemeinem Ödem. Bei antiskorbutischer Diät in 14 Tagen Rückgang aller Symptome, insbesondere Abschwellung des Oberschenkels, Konsolidierung des Hämatoms und bessere Funktion.

Diskussion: Herr Coenen hat einen Fall von Barlow'scher Krankheit gesehen, bei dem das subperiostale Hämatom am Oberschenkel vereiterte und deshalb inzidiert werden mußte.

Herr Ludloff spricht die Vermutung aus, daß die bei Barlow'scher Krankheit vorkommenden Hämatome häufig auf Gefäßzerreißung bei Infraktion der Röhrenknochen zurückzuführen sein könnten, da die Schwäche und Durchsichtigkeit der Corticalis solcher Kinder im Röntgenbild eine Einknickung durch schon geringfügige Traumen wohl möglich erscheinen lassen.

4) Herr Ritter (Posen): Zur Diagnose der Knochencysten im Röntgenbild.

R. demonstriert Röntgenbilder von einem 6jährigen Knaben, der am oberen Teil der rechten Ulna und am unteren Teil des linken Radius sowie beider Tibien umschriebene Diaphysenauftreibungen zeigte; der Ellbogen erinnerte an Fungus cubiti. Während die Operation die Diagnose einer umschriebenen Osteomyelitis tuberculosa bestätigte — es fanden sich käsige Granulationen mit massenhaft Tuberkelbazillen —, zeigt das Röntgenogramm das Bild einer Knochencyste. Im Anschluß daran bespricht R. kurz die röntgenologische Differentialdiagnose bei den verschiedenen in Betracht kommenden Knochenerkrankungen.

5) Herr Ludloff stellt a. einen Fall von Lungenhernie vor, die durch Quetschung des Brustkorbs entstanden sein soll. Die rechte Thoraxseite zeigt in Höhe der III. Rippe eine kleinhandtellergroße Vertiefung; hier hat der Pectoralis major eine Lücke und läßt — nur beim Husten und Pressen — die Lunge in Hühnereigröße hervortreten. Da das Röntgenbild keine Verletzung zeigt und der zirkumskripte Pectoralisdefekt für einen angeborenen Fehler sprach, konnte man zunächst an der traumatischen Entstehung zweifeln; da indessen die über angeborenen Pectoralisdefekten mit Lungenhernien zu findenden Hautveränderungen fehlen und der Mann vor dem Unfall als Soldat gedient hat und als gesund entlassen worden ist, so kann man sich wohl denken, daß der Muskel durch die traumatische Schädigung zirkumskript atrophiert ist, so daß er dem Druck beim Pressen nicht widerstehen kann und die Lunge hindurchtreten läßt. Die einzigen Beschwerden sind ein Stechen in der Hernie bei schwerer Arbeit. Eine federnde Pelotte gewährt dem Pat. so viel Erleichterung, daß eine Operation nicht in Frage kommt.

b) Ferner zeigt L. ein Kind von 6 Monaten mit verschiedenen Abnormitäten: Beide Beine stehen habituell gekreuzt und außenrotiert, beide Unterschenkel um 30° flektiert; beiderseits Hackenfuß; beide Oberschenkel im Hüftgelenk nach hinten luxiert. Über jeder Tibiakante eine lineäre Furche mit atrophischer Haut; rechts paßt die zurückgebogene große Zehe hinein. An den Unterschenkeln fehlt passive Flexion, an den Oberschenkeln auch passive Abduktion und Rotation fast ganz. Die Arme werden abduziert, die Unterarme um 120° flektiert und proniert gehalten, Daumen, Ring- und Mittelfinger eingeschlagen, die übrigen in den Grundphalangen etwas überstreckt, in den Endgliedern leicht gebeugt. Passiv ist Abduktion des Armes bis 90°, volle Flexion und Supination des Unterarms,

Flexion und Extension der Finger möglich. Die lebhaften Bewegungen sind abnorm, vor allem Bewegungen der Lendenwirbelsäule (Hebung der Beine mit dem Becken). An dem abstehenden, platten rechten Ohr fehlt der Helix. Nervensystem ohne Besonderheiten.

L. erwähnt noch einen ähnlichen Fall, in dem nur Hüftluxation und Ohrdeformität fehlten; die Druckmarken fanden sich hier neben den Trochanteren. Auch in der Literatur finden sich solche Fälle »angeborener multipler Kontrakturen«. Sie sind wichtig für die Frage der Ätiologie der angeborenen Luxation, von der L. nur bemerkt, daß Raumbeengung in utero als ätiologisches Moment sehr plausibel sei.

6) Herr Coenen demonstriert: a. ein neues von ihm durch Omphalektomie am 23. VIII. 1910 gewonnenes Nabelcholesteatom, das bei einem 33jährigen Lehrer zur Nabeleiterung geführt hatte. Es ist dies der dritte Fall, der im Verlaufe von 3 Jahren zur Beobachtung kam. Die haselnußgroße, silberglänzende Cholesteatomkugel liegt im Nabeltrichter in einer Eiter absondernden Granulationshöhle von braunrötlichem sammetartigem Aussehen (siehe auch Münchener med. Wochenschrift 1909. Nr. 31.)

b. Fälle von frischer Fractura supracondylica humeri (Extensionstypus), die eine gute Reposition der Fragmente durch den vom Vortr. angegebenen Verband im stumpfen Winkel zeigen. Bei dieser Fraktur ist regelmäßig das untere Fragment nach oben und hinten disloziert, es muß also nach unten (distal) und vorn gebracht werden. Dies besorgt nach dem Parallelogramm der Kräfte ein am stumpfwinklig gebeugten Vorderarm ansetzender Längszug (Diagonalzug) mit Gegenzug am Oberarm nach hinten (s. Bruns' Beiträge Bd. LX). Da die suprakondyläre Extensionsfrakturlinie regelmäßig von hinten oben nach vorn unten verläuft, so halten sich bei dieser Reposition in stumpfwinkliger Beugung die verzahnten Bruchflächen nicht durch Reibung aneinander auf, wie bei dem vielfach beliebten Verband in spitzwinkliger Stellung, sondern die Fragmente gleiten aneinander her, ohne sich zu verhaken. Meist halten die Kinder den gebrochenen Arm von selbst in stumpfwinkliger Beugung, so daß man nur nötig hat, in dieser Stellung, am besten im Ätherrausch, unter starkem Zug einen exakten Schienenverband anzulegen. Der oberhalb der Ellbeuge angelegte, nach hinten gerichtete Bindenzügel wird nach Fertigstellung des Verbandes durch einen Einschnitt in den Verband entfernt. An den gezeigten Röntgenbildern ist die Reposition der Fragmente fast anatomisch genau gelungen.

Diskussion: Herr Ludloff stimmt dem Vortr. bei und demonstriert eine solche Fraktur, bei der die Behandlung in dieser Stellung mit Extension jetzt nach einem Jahre als Resultat freie Beweglichkeit bis auf geringe Einschränkung der extremsten Beugung aufweist. L. weist, wie bereits früher in einem Vortrag über die Oberschenkelfraktur im unteren Drittel, auf die Notwendigkeit hin, diese Mittelstellung, in der alle Muskeln, Fascien, Bänder und Gelenkkapseln gleichmäßig gespannt sind, für alle paraartikulären Frakturen als Operationsbasis zu Repositionen, Extensions- oder Fixationsverbänden zu nehmen. Sieht man diese Mittelstellung als Normalstellung an, so läßt sich die Regel, bei Unterschenkelfrakturen den Fuß rechtwinklig zum Unterschenkel zu fixieren, nicht mehr so scharf aufrecht erhalten. L. hat am Röntgenbild gesehen, daß durch rechtwinklige Stellung des Fußes das untere Fragment nach hinten hinausgedrängt wird, während es bei einer Mittelstellung fast von selbst die richtige Lage annimmt. Dies sei aus der Lage der Bänder usw. leicht zu verstehen. Aus Angst

vor dem Spitzfuß habe man in diesen Fällen die Nachteile der übertriebenen Dorsalflexion übersehen. Außerdem könne man durch Verwendung der Gipshanfschiene die in diesen Fällen dem zirkulären Gipsverband vorzuziehen sei, sowohl den fixierten Spitzfuß als auch die Ablenkung des unteren Fragments nach hinten vermeiden.

Herr Honigmann berichtet über einen Fall von suprakondylärer Humerusfraktur vom relativ seltenen Typus der Flexionsfraktur bei einem 11jährigen Knaben (Sturz auf den Ellbogen), bei dem Reposition und Fixierung des Bruches in vollständiger Streckstellung des Ellbogengelenks nach Feilgenreiner vorgenommen wurde. Die bei Beugung des Gelenkes sehr starke Verlagerung der Bruchstücke wurde, wie H. an Röntgenbildern zeigt, durch die Streckstellung beseitigt. Es wurde zunächst ein Gipsverband in Streckstellung, nach 8 Tagen ein Schienenverband in stumpfwinkliger, nach 14 Tagen ein solcher in spitzwinkliger Beugung angelegt. Heilung ohne Dislokation und Funktionsstörung.

7) Herr Fritsch: a. Austritt einer epigastrischen Hernie durch eine Lücke im Schwertfortsatz.

b. Jodipininjektionen im Röntgenbild. Demonstrationen einer Anzahl von Röntgenbildern, die auf der Undurchlässigkeit des Jodipins für Röntgenstrahlen beruhen. Es lassen sich nach dieser Methode einzelne Muskeln, Gefäße und Fisteln auf bequeme Art bildlich darstellen.

8) Herr Spannaus demonstriert eine exstirpierte Milz, an deren oberem Pole sich eine Cyste entwickelt hatte. Die Pat war draußen operiert worden, man hatte nur die Cyste entleert — 3 Liter bräunliche Flüssigkeit. Kein Anhalt für Echinokokkus. Es blieb eine Fistel, die dauernd näßte. Zur Beseitigung derselben kam die Pat. in die Klinik. Vortr. entfernte die Milz, da eine Resektion der oberen Hälfte nicht möglich war. Heilung.

9) Im Anschluß daran stellt Herr Coenen das Präparat eines Falles mit multiplen Milzcysten vor.

10) Herr Richard Levy: Partielles Empyem der Gallenblase.

52jährige Frau seit 5 Jahren Koliken, in letzter Zeit gehäuft aufgetreten, kein Ikterus. Bei der Operation Verwachsungen, Perforation der Gallenblase ins Duodenum und sehr großer Choledochusstein. Die Gallenblase war geteilt, der Fundus in Kirschgröße gegen den dem Cysticus zu gelegenen Abschnitt abgeschlossen und mit Eiter gefüllt, während der letztere Abschnitt Galle enthielt. Cholecystektomie, Hepaticusdrainage. Heilung.

11) Herr Hörz stellt einen Pat. mit Penisknochen vor. Bei dem 54 Jahre alten Mann hatte sich im Verlauf von 6 Monaten eine knochenharte Induration auf der Dorsalseite des Penis nahe der Symphyse entwickelt; im Röntgenbild sieht man sehr deutlich einen flachen, länglichen Schatten, der scharf gegen die Umgebung abgegrenzt ist. Aus dem Vergleich der Röntgenbilder mit den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen von echter Knochenbildung im menschlichen Penis zieht H. den Schluß, daß es sich auch in dem mitgeteilten Falle um Knochenbildung handelt.

Diskussion: Herr Klaatsch weist darauf hin, daß bei den Menschenaffen (beim Gibbon regelmäßig, beim Orang gelegentlich) Penis- bzw. Clitorisknochen vorkommen, so daß derartige Befunde beim Menschen auf das Vorkommen von Penisknochen in der tierischen Ahnenreihe des Menschen schließen lassen; daraus könnte man, wenn sich auch meist eine unmittelbare äußere Veranlassung für

die Knochenbildung findet, doch eine atavistische Prädilektion des Penis zur Ossifikation folgern.

Herr Hübener spricht im Anschluß daran über drei Fälle von plastischer Induration.

Herr Partsch berichtet über einen Fall von Osteomyelitis des Oberkiefers, der zu einem metastatischen Abszeß im Penis geführt hatte. Es trat eine Induration des ganzen Corpus cavernosum ein, die aber keinerlei funktionelle Beschwerden setzte.

12) Herr Wolff: Hatainjektionen bei Pseudoleukämie.

Vortr. demonstriert einen Fall von Pseudoleukämie (6jähriger Junge), der in unzweifelhafter Weise günstig durch Hatainjektionen beeinflußt wurde. Die lokalisierten Drüsen wurden anfangs für tuberkulöse Lymphome gehalten und operativ entfernt. Im Anschluß an die Operation entwickelte sich unter fortschreitender Kachexie eine Generalisation des Drüsenprozesses mit Milz- und Leberschwellung, sowie Ascites. Die mikroskopische Untersuchung der Drüsen, sowie der Blutbefund sprachen mit Sicherheit für Pseudoleukämie. In höchst desolatem Zustande, fast moribund, erhielt Pat. die erste Hatainjektion. Nach vier Injektionen auffallende Veränderung. Rückgang der Drüsen, der Milzvergrößerung, sowie des Ascites. Sehr gutes Allgemeinbefinden.

Bei mehreren Erwachsenen sah W. keine auffallende Beeinflussung des pseudoleukämischen Prozesses.

Diskussion: Herr Küttner hält die Wirkung der Injektionen, die geradezu verblüffend war, für eine typische Arsenwirkung im Sinne Billroth's.

13) Herr Wiewiorowski: Zum Thema der künstlichen Militärinvalidität.

W. stellt einen 28jährigen Russen vor, der sich im Mai 1905 aus Furcht, ins Feld ziehen zu müssen, auf folgende Art militärdienstunfähig machen ließ: Es wurden ihm durch einen vorher eingeführten Katheter 20 ccm Harn eines an gonorrhoischem Blasenkatarrh leidenden Mannes in die Blase eingespritzt. Pat. ist seitdem, also seit $5^1/_2$ Jahren, krank. Jetziges Krankheitsbild: Cystitis, Prostatitis, Strictura urethrae. Besprechung der verschiedenen Methoden künstlicher Militärinvalidität, welche aus Anlaß des russisch-japanischen Krieges zur Beobachtung kamen.

Diskussion: Herr Küttner hat unter den zahlreichen Fällen künstlicher Invalidität, die anläßlich des russisch-japanischen Krieges zur Beobachtung kamen, eine Form vermißt, die er in sämtlichen drei Feldzügen, die er selbst mitgemacht hat, besonders aber im Burenkriege auf burischer Seite erlebt hat, die Verstümmelung durch Selbstschüsse. Derartige Selbstschüsse kamen im Burenkriege vor und nach fast jeder ernsten Aktion vor. Bisweilen wurden die »Selbstschießer« infolge ihrer anatomischen Unkenntnis von der schweren, aber gerechten Strafe ereilt; denn einer durchschoß sich die Arteria femoralis, nachdem er sich das Bein zur Vermeidung der Pulververbrennung sorgfältig mit einem Sack umwickelt hatte, und erlag der Verblutung, ein anderer taxierte die Lage des Oberarmknochens falsch und kam so um seinen Arm.

2) Artur Biedl (Wien). Innere Sekretion, ihre physiologischen Grundlagen und ihre Bedeutung für die Pathologie. 538 S. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg, 1910.

Die Lehre von der inneren Sekretion ist eine junge Wissenschaft, die aber in den letzten Jahren in den Mittelpunkt des medizinischen und biologischen Interesses gerückt ist. Erinnert sei nur kurz an die überraschenden Fortschritte, welche unsere Kenntnis von der Tetanie in den letzten Jahren gemacht hat, an den durch Hochenegg's operative Erfolge experimentell bewiesenen kausalen Zusammenhang der Akromegalie mit Hypophysiserkrankung, an den Adrenalin- und Pankreasdiabetes und unzählige andere erst in jüngster Zeit erkannte Tatsachen.

Begreiflicherweise hat diese junge, mit Eifer gepflegte Wissenschaft bereits eine imposante Literatur gezeitigt, in der es nicht an vielen Widersprüchen, Unklarheiten und unbewiesenen Hypothesen mangelt.

Auf diesem weiten, seit erst so kurzem erschlossenen Gebiet fehlte es bisher an einer einheitlichen Darstellung des gesicherten Wissens, so daß dem Forscher die Orientierung schwer, dem Praktiker unmöglich war.

B., selbst seit Jahren als Forscher auf den verschiedensten Gebieten der inneren Sekretion tätig, hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, den gesamten, in einer gewaltigen Literatur verstreuten Stoff in einem ausführlichen, auch dem Nichtfachmann verständlichen Lehrbuch zu verarbeiten.

Nach einem allgemeinen Teil, der einen hochinteressanten historischen Rückblick auf die Entwicklung der Kenntnis von der inneren Sekretion im allgemeinen, die Definition der Begriffe »innere Sekretion« und »Hormon« enthält, folgt der spezielle Teil mit einer ausführlichen Darstellung der einzelnen Organe mit innerer Sekretion.

Zuerst werden die »Blutdrüsen«, die Organe mit ausschließlich innerer Sekretion abgehandelt: der Schilddrüsenapparat, die Thymus, die beiden Nebennierensysteme, die Hypophysis. Darauf folgen die Organe, welche neben einer spezifischen äußeren auch eine innere Sekretion leisten: die Keimdrüsen, Pankreas, Magen-Darmschleimhaut und Nieren. — Hier vermissen wir leider das Kapitel über die innere Sekretion der Leber, umsomehr, als im allgemeinen Teil mehrfach andeutungsweise von ihr die Rede ist.

Jeder dieser größeren Abschnitte enthält einen historischen Rückblick, eine ausführliche Beschreibung der Anatomie und Entwicklungsgeschichte, sowie der Chemie der betreffenden Organe und ihrer Produkte. Darauf folgt die Darstellung der Wirkungsweise der inneren Sekrete.

Die wissenschaftlich gesicherten Tatsachen werden scharf hervorgehoben, noch im Fluß befindliche Streitfragen erwähnt und erläutert, hypothetische Erklärungsversuche als solche gekennzeichnet und vom Verf. widerlegt oder auch gestützt.

Überall weist Verf. auf die Wechselbeziehungen der verschiedenen innersekretorischen Vorgänge hin und sucht durch tabellarische Zusammenstellungen und scharfe Betonung der Gegensätze, z. B.: Kachexia strumipriva — Morbus Basedowii, das Verständnis und die Übersicht zu fördern.

Zum Schluß sei die ausführliche Literaturübersicht erwähnt, die bei engem Druck 125 Seiten einnimmt.

Das Buch, das von einem empfehlenden Vorwort Paltauf's begleitet ist, wird dem Spezialforscher leichte Orientierung, dem Praktiker auf jedem Gebiete,

dem Chirurgen und Gynäkologen nicht minder als dem Internisten und Neurologen viel Belehrung und Anregung bieten. Trappe (Breslau).

---

3) **Wilh. Hagen. Über akute chirurgische Infektionskrankheiten.** (Würzburger Abhandlungen a. d. Gesamtgebiet d. prakt. Medizin Bd. X. Hft. 12.)

Ein einleitender allgemeiner Teil und eine eingehendere spezielle Abhandlung der einzelnen akuten Infektionen der Chirurgie orientieren gut über den heutigen Stand unserer Kenntnisse wie über Diagnostik und Therapie. Verf. hat mit Recht auch eigene Erfahrungen eingeflochten; er bespricht die betreffenden Erkrankungen der Haut, Muskulatur, des Knochensystems, der Gelenke, Schleimbeutel, Sehnenscheiden, der serösen Körperhöhlen, der Schleimhäute usw. Zum Schluß wird die pyogene Allgemeininfektion abgehandelt, bei welcher Gelegenheit auch die modernen spezifischen Behandlungsmethoden, die uns durch die Fortschritte der Bakteriologie und Serologie ermöglicht sind (Vaccination, Opsonintherapie, Serumtherapie usw.) und ihr heutiger Wert für die Behandlung besprochen werden.

Die Bier'sche Stauung bei akuten Eiterungen wird vom Verf. verworfen, mit Recht aber als ausgezeichnete Behandlungsmethode der gonorrhoischen Arthritis empfohlen.

Bei der akuten Osteomyelitis gibt Verf. als Zeitraum an, welcher bis zur vollen Sequesterlösung verstreichen soll, für Humerus nicht unter 2 Monate, für Tibia 2—3 Monate, für Femur 3—4 Monaate (zuweilen noch länger).

Die Behandlung der Eintrittspforte des Tetanus sei möglichst radikal; auch bei Milzbrand pflegt Verf. den primären Herd zu exstirpieren, ausgehend von der Erfahrung, daß die äußere Infektion beim Menschen fast stets eine Zeitlang eine örtliche bleibt. — Weitere Einzelheiten seien im Original nachgelesen.

Max Brandes (Kiel).

---

4) **Die Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlich'schen Präparat 606.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 41.)

Das vorliegende Heft der Deutschen med. Wochenschrift ist vollständig den Verhandlungen der Naturforscherversammlung über die Therapie der Syphilis mit Ehrlich's Präparat 606 gewidmet.

Wie der Herausgeber bemerkt, ist diese Publikation allein berechtigt, Anspruch auf authentischen Charakter zu erheben. Sie enthält alles, was zu ihrer Zeit wissenswert bezüglich des neuen Heilmittels ist, und hervorgehoben werden muß noch, daß auch in diesem Heft der erste Originalartikel, den der geniale Frankfurter Forscher überhaupt über sein Mittel bis dahin verfaßt hat, enthalten ist. Ref. möchte daher nicht unterlassen, auf diese Nummer der Deutschen med. Wochenschrift die Leser des Zentralblattes besonders hinzuweisen.

Den Einleitungsvortrag hält:

I. A. Neisser (Breslau): Der wichtigste Fortschritt in der Syphilistherapie wurde dadurch erzielt, daß auch für die organischen Arsenpräparate eine spezifische Heilwirkung erwiesen wurde. Den Ausbau der Arsentherapie verdankt man Ehrlich. — Ehrlich erkannte die wahre chemische Konstitution des Atoxyls und ermöglichte dadurch die Herstellung weiterer organischer Arsenpräparate.

Der Hauptschwerpunkt ist auf die präventive abortive Therapie zu legen. Je eher mit den geeigneten Mitteln und Methoden vorgegangen wird, desto größer sind die Aussichten auf einen vollen Erfolg. Das Arsenobenzol ist in der Syphilis-

therapie dem alten Quecksilber überlegen durch seine eminent starke und schnelle spirochätentötende Eigenschaft. Daneben tritt anscheinend auch die Produktion sehr wertvoller spirillentötender und antitoxischer Antistoffe seitens des behandelten Körpers ein, so daß sich zu der direkten Abtötung noch eine indirekte kurative Wirkung hinzugesellt. Das Arsenobenzol hat ferner auch noch entwicklungshemmende Eigenschaften. Ein abschließendes Urteil darüber, wie man in praxi von den wunderbaren Eigenschaften am besten Gebrauch macht, läßt sich zurzeit noch nicht geben.

II. Ehrlich (Frankfurt a. M.): Die Spirochäten verschwinden bei ausreichender Dosis des neuen Mittels in 24—48 Stunden; dauert es länger, so war die Dosis zu klein oder die Resorption ungenügend, oder aber es handelte sich um einen arsenfesten Spirochätenstamm. Eine weitere spezifische Eigenschaft des Präparates 606 ist die Bildung spezifischer Antikörper, so daß das Serum von Pat., die mit 606 geheilt wurden, nach der Infektion einen kurativen Einfluß auf syphilitische Produkte, besonders bei Neugeborenen, ausübt. Freilich reicht diese Serumwirkung im allgemeinen nicht aus, eine volle Heilung zu erzielen. — Eine dritte spezifische Wirkung ist die Beeinflussung der Wassermann'schen Reaktion, deren Verhalten für die Beurteilung der Behandlung mit dem Präparat 606 von größter Bedeutung ist. Ein Fall, welcher die Reaktion nach der Behandlung behält, muß als ungeheilt angesehen werden. Schwindet aber die Reaktion, so handelt es sich entweder um eine wirkliche Heilung oder nur um eine vorübergehende negative Phase, die dadurch zustande kommt, daß durch die Injektion die Zahl der Spirochäten sehr verringert wird und der Rest nicht imstande ist, die Reaktion auszulösen. Erst wenn diese sich wieder vermehrt haben, kommt auch eine Reaktion wieder zustande. — Als eine spezifische Wirkung des Mittels ist auch die Tatsache zu bezeichnen, daß die enorme Schmerzhaftigkeit, die bei gewissen luetischen Erkrankungen der Mundhöhle besteht, schon in wenigen Stunden nach einer Injektion schwand.

Der vorliegenden Erfahrung nach bietet im allgemeinen das Mittel keine besondere Gefahr. Unter der großen Zahl von Fällen ist nur ein einziger Todesfall beobachtet worden, bei dem es sich um eine Pat. gehandelt hat, die ihrem Leiden an sich nicht hätte erliegen müssen. Zwar sind noch andere Todesfälle berichtet worden, bei denen es sich indessen ausschließlich um Pat. mit schweren Affektionen des Nervensystems (Tabes mit Cystitis und Kachexie u. a.) gehandelt hat, wo also der tödliche Ausgang auf das ursprüngliche Leiden zurückgeführt werden kann. Im allgemeinen hält E. bei schweren Paralytikern es nicht für angezeigt, das Mittel anzuwenden, ebenso bilden Erkrankungen des Herzens und der Gefäße eine Kontraindikation.

Zum Schluß weist Vortr. darauf hin, daß das Präparat 606, wenn es auch ursprünglich auf Spirochäten eingestellt war, noch eine Reihe Parasiten im Zerstreuungskegel trifft, so der Framboesie, der Rekurrens, der Malaria und Trypanosomerkrankungen. Auch bei Variola scheint ein gewisser Effekt mit dem Heilmittel erzielt worden zu sein.

Die Diskussionsredner kamen darin überein, daß das neue Mittel, namentlich bei früher Anwendung, bei einmaliger Einverleibung auf lange Zeit wirksam bleibt, daß es indes auch auf spätere Formen von Syphilis, und namentlich auf schwere ulzeröse Formen, maligne und tertiäre Syphilis oft auffallend schnell günstig einwirkt. Und auch anderen Krankheiten gegenüber, wie Rekurrens, Malaria, Trypanosomenkrankheiten, hat es sich wirksam gezeigt. Kontraindiziert ist seine Anwendung bei vorhandenen Herzfehlern, schweren Störungen des Gefäß-

und Nervensystems. Unter die Haut oder in Muskulatur, besonders die Glutäen, injiziert, ruft es hier örtliche, lange andauernde Gewebsnekrosen hervor; in eine Vene injiziert, tritt seine Wirkung besonders rasch ein, ist aber von weniger dauerhafter Wirkung. Doch ist eine spätere erneute Einspritzung gestattet.

Genaueres siehe im Original. Deutschländer (Hamburg).

---

5) Alban Köhler. Lexikon der Grenzen des Normalen und der Anfänge des Pathologischen im Röntgenbilde. Mit 73 Abb. im Text. Hamburg, L. Graefe & Sillem, 1910.

Wie der Verf. in seiner Vorrede richtig bemerkt, fehlte bisher ein Buch, welches die Anfänge des Krankhaften im Röntgenbild zeigte und erklärte. Nur über die normale Anatomie und über wirklich grob sichtbare Störungen gaben die bisherigen Atlanten Aufschluß, und es ist daher mit Freuden zu begrüßen, daß K. seine große Erfahrung und sein gerade hierfür ausgezeichnetes Material in dem Buche bringt. An Umfang ist es nicht groß — 177 Seiten —, aber eine große Summe von Arbeit und sehr wertvolles Material ist in ihm enthalten, und nicht nur der Anfänger, auch der erfahrene Röntgenologe wird oft genug, namentlich bei selteneren Vorkommnissen, mit größtem Nutzen von ihm Gebrauch machen. Jedes Organ ist einzeln abgehandelt. Alle Angaben sind nur in größter Kürze, aber doch erschöpfend gemacht; wo nötig, ist zum genaueren Nachsehen die Literaturquelle angegeben. Wo es möglich und nötig ist, beginnt jeder einzelne Abschnitt über ein Organ mit entwicklungsgeschichtlichen Bemerkungen, z. B. über die Bildung der Knochenkerne. Hierdurch liefert Verf. auch einen wichtigen Beitrag für gerichtsärztliche Feststellungen. Dann folgt das Wachstum — Knorpelfugen — und die normale Anatomie mit Berücksichtigung von Varietäten und Abnormitäten, die noch so vielfach zu falscher Röntgendiagnose führen. Es folgen dann die Angaben über die pathologischen Befunde. Vielfach sind technische Winke, namentlich über die Stellung von Objekt und Röhre bei der Aufnahme gegeben, sind Abweichungen erklärt, die durch die Art der Projektion bedingt werden. Zahlreiche Umrißabbildungen machen stets das Gesagte, besonders über Varietäten, die krankhafte Befunde vortäuschen können, sinnfällig. — Der Gebrauch des Buches ist durch den gesperrten Druck der Stichworte sehr erleichtert, und wenn man nach der im Anfang gegebenen Anleitung verfährt, findet man in wenigen Minuten das Gesuchte. Die Zeichnungen sind sehr klar und übersichtlich. Trapp (Riesenburg).

---

6) Bachem und Günther. Bariumsulfat als schattenbildendes Kontrastmittel bei Röntgenuntersuchungen. (Zeitschrift f. Röntgenkunde 1910. Hft. 11.)

Es fehlt noch immer ein billiges, ungiftiges und doch genügend kontrastbildendes Mittel zur Magen-Darmuntersuchung. Bariumsulfat zu benutzen lag nahe, doch wurde es seiner vorausgesetzen Giftigkeit wegen gefürchtet. B. stellte nun experimentell fest, daß es für Mensch und Tier ungiftig ist, wenn es als chemisch absolut reines Sulfat verwandt wird, das für Säuren und Alkalien fast unangreifbar ist.

G. hat den röntgenologischen Teil bearbeitet. Man braucht zu einer Magenaufnahme die doppelte Menge der Wismutsalze. Das Bariumsulfat nimmt aber denselben Raum ein. In Form von Mondamin-Chokoladensuppe ist die nötige

Menge leicht zu verzehren und macht keinerlei Beschwerden. Die Dichtigkeit der Bilder reicht aus, wie beigefügte Tafeln zeigen.

Trapp (Riesenburg).

---

7) Friedrich. Histologische Untersuchungen eines intrauterin mit Röntgenstrahlen bestrahlten menschlichen Fötus. (Zeitschrift für Röntgenkunde 1910. Hft. 12.)

Die Schwangere war bestrahlt worden, um Abort herbeizuführen, da sie schwer tuberkulös war. Wegen Lungenblutung mußte, als nach 33 Bestrahlungen die Schwangerschaft fortbestand, die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden. — F. hat die einzelnen Organe der Reihe nach histologisch untersucht unter Zuziehung von Kontrollpräparaten gleichaltriger, nicht bestrahlter Früchte.

Ausgesprochen verändert waren Milz und lymphatische Organe. Die Veränderungen waren Schwund der lymphocytären Elemente der Follikel und Pulpazellen, Pyknose der Zellkerne, Auftreten von Pigment, völliger Schwund der weißen Blutzellen aus den Blutgefäßen. Diese Befunde stimmen gut überein mit den bei bestrahlten Tieren gefundenen (Heineke, Kraus, Ziegler).

Trapp (Riesenburg).

---

8) Zur Verth. Knochenveränderungen bei Lues hereditaria heranwachsender Kinder im Röntgenbild, unter besonderer Berücksichtigung des chronischen Kniegelenksergusses. (Zentralblatt f. Röntgenstrahlen, Radium u. verw. Gebiete I. Hft. 9 u. 10.)

Die Untersuchungen wurden ursprünglich vorgenommen, um Anhaltspunkte zu gewinnen, ob chronische Kniegelenksergüsse bei Kindern tuberkulösen oder syphilitischen Ursprunges wären. Es hat sich dabei herausgestellt, daß es mit Röntgenuntersuchung nicht gelingt, einwandsfrei die syphilitische Natur der Erkrankung festzustellen. — Bei diesen Untersuchungen hat z. V. interessante Nebenbefunde erhoben, bei welchen zum Teil die Schwere der Knochenveränderung auffällig der Geringfügigkeit der klinischen Symptome widersprach.

Trapp (Riesenburg).

---

9) Leonard. Rapid stereoroentgenography of the thorax and abdomen. (Arch. of the roentgen ray Nr. 125.)

Mit modernen Apparaten und Anwendung von Verstärkungsschirmen kann man streoskopische Aufnahmen in $^1/_2$ Sekunde und weniger machen. Namentlich Lungenaufnahmen bieten den Vorteil, daß Herde, bronchiale und Hilusdrüsen, Narbenschrumpfungen auf dem streroskopischen Bild deutlich werden, während sie auf der einfachen Platte überhaupt nicht sichtbar waren. Die Lage der mit Wismutmahlzeit gefüllten Unterleibsorgane, die Beziehung zur Nachbarschaft, Verlagerung durch Geschwülste kann nur auf stereoskopischem Weg sichtbar gemacht werden.

Trapp (Riesenburg).

---

10) G. Scaduto. Contributo alla radioterapia con note ed osservazioni originali. (Policlinco, sez. prat. XVII. 45 u. 46. 1910.)

Nach einer kurzen Darstellung der in der Lesser'schen Klinik geübten Technik der Röntgenotherapie gibt Verf. eine Übersicht über die in Palermo mit der gleichen minutiös nachgeahmten Technik erzielten Erfolge bei der Anwendung der Röntgenotherapie.

Von 225 Fällen betrafen 42 Epitheliome, von denen 31 rasch zur Heilung gebracht wurden, während 11 unbeeinflußt blieben. Klinisch handelte es sich bei den ersteren um weiche, ausgedehnte und lang bestehende Infiltrate, während harte, engbegrenzte und frische Infiltrate radionegativ waren.

Chronische Lymphstauungsödeme, tuberkulöse Hauterkrankungen und Drüsenschwellungen werden im allgemeinen schon durch wenige Röntgenbestrahlungen günstig beeinflußt. Skrophulöse Drüsen heilen rascher als einfach hyperplastische Drüsen. Bei eitriger Einschmelzung einer Drüse pflegen auch die übrigen erkrankten Drüsen derselben Gegend rasch zu vereitern und sich durch eine entstehende Fistel zu entleeren, wobei es jedoch nicht zu bleibenden Fistelgängen und Öffnungen kommt. Luetische Lymphadenitiden werden nicht beeinflußt, während die bei Ulcus molle entstehenden Drüsenschwellungen durch die Bestrahlung rasch geheilt werden.

Bei Lupus blieben die kleinknotigen, hart infiltrierten Formen ungeheilt, während ulzeröse, verruköse, großknotige und tuberöse Formen, sowie das Scrophuloderma rasch gebessert wurden. Bei Lupus erythematosus blieben 2 Fälle ungeheilt, während 5 geheilt wurden.

Knochentuberkulose wurde besonders bei kindlichen Individuen durch die Röntgentherapie günstig beeinflußt, während bei Erwachsenen oft der Erfolg fehlte, besonders wenn noch Sequester vorhanden waren.

In einem Falle von Hodentuberkulose mit bereits bestehender Fisteleiterung trat nach der Röntgenbestrahlung so rasche Heilung ein, daß der Verf. in analogen Fällen einen Versuch mit der Radiotherapie für indiziert erachtet.

Für Pseudoleukämie erscheinen die Röntgenstrahlen als hervorragendes Heilmittel, während sie bei Ekzemen nur für chronische, eng umschriebene Formen in Betracht kommen.

Bei den hartnäckigen Prurigoformen ohne anatomisches Substrat bedingt die Radiotherapie stets Erfolg. Ebenso sind Trichophythie, Favus und Sycosis parasitaria dankbare Behandlungsobjekte, bei denen die Strahlenbehandlung die nach sonstiger Therapie oft zurückbleibenden Verhärtungen und Verdickungen vermeiden läßt. Ebenso gibt die Röntgentherapie bei Akne vulgaris und Psoriasis recht gute Erfolge.

Besondere Beachtung verdienen noch die sehr guten Resultate, die Verf. in zwei Fällen von ausgedehnten Narbenkeloiden mit der Bestrahlung erzielte, indem die Keloide zum Schwinden gebracht wurden, ohne daß ein Rezidiv erschien.

M. Strauss (Nürnberg).

---

11) **Butcher. Auto-immunisation by electrical methods.** (Arch. of the Roentgen ray Nr. 121.)

Bei Röntgenbehandlung mancher Erkrankungen beobachtet man, daß Herde, die der bestrahlten Stelle ganz fern liegen und nicht bestrahlt werden, sich im Sinne der Heilung verändern. B. erklärt dies so, daß durch Zerfall der bestrahlten kranken Partien, durch Eindringen von Zerfallsprodukten ins Blut Antikörper, Opsonine u. dgl. gebildet werden, die dann an der weit entfernten Stelle wirken. Die ganze Röntgenreaktion des Körpers beruht nicht auf einfachem, mechanischem Verbranntwerden, sondern ist ein biochemischer Vorgang, gegen welchen der Körper alle Kräfte in Tätigkeit setzt. — B. führt eine Anzahl von Fällen an, um seine Theorie zu stützen. Trapp (Riesenburg).

---

12) G. Naumann. Ein neuer Fall von totalem Skalpieren. Göteborgs Läkaresällsk. Förhandl. (Hygiea 1910. Nr. 8. [Schwedisch.])

26jährige Fabrikarbeiterin; vollständiges Skalpieren durch Einziehen des Haares in eine Transmissionsleitung. Der Hautdefekt erstreckte sich von einschließlich den Augenbrauen bis nach der Protuberantia occipitalis ext. mit Seitengrenzen unmittelbar oberhalb der Ohrmuscheln. Transplantation nach Thiersch in drei Sitzungen, bzw. 24, 77 und 128 Tage nach dem Unfall. 5 Monate nach demselben vollständig geheilt. G. Nyström (Stockholm).

---

13) Allen. Concussion of the brain. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 11. 1910.)

Ein $6^1/_2$ Jahre alter Knabe wurde unmittelbar nach einer Kopfverletzung total blind, während das Gehör beiderseits normal blieb und keinerlei andere nervöse Störungen, auch nicht von den Hirnnerven aus, konstatiert werden konnten mit Ausnahme linkseitigen Babinski-Reflexes. Dieser Reflex war am Tage nachher schon wieder normal, das Sehvermögen besserte sich schnell und war nach 4 Tagen wieder vollständig vorhanden. W. v. Brunn (Rostock).

---

14) Heiligtag (Bochum). Ein Fall von traumatischer Alexie. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Verf. berichtet aus dem Krankenhause Bergmannsheil in Bochum über eine komplizierte Impressionsfraktur des linkseitigen Schädeldaches, die von besonderem Interesse dadurch ist, weil sie neben den sonst nach Kopftraumen restierenden Beschwerden, wie Kopfschmerz und Schwindelgefühl, als seltene Ausfallserscheinung eine isolierte Alexie ohne sonstige aphasische Störungen mit einer geringen homonymen rechtseitigen Einschränkung des Gesichtsfelds hinterlassen hat. Außerdem bestehen Überempfindlichkeit des Labyrinths und Störungen des Gleichgewichtszentrums. Sollten sich die subjektiven Beschwerden steigern, so soll ein chirurgischer Eingriff gemacht werden, über den eine spätere Mitteilung in Aussicht gestellt wird. Deutschländer (Hamburg).

---

15) Hugo Malmqvist. Ein Fall von Hirnbruch. (Hygiea 1910. Nr. 7. [Schwedisch.])

Neugeborenes Kind mit einer vom Nacken ausgehenden, gestielten, prall elastischen, nicht kompressiblen, hautbekleideten Geschwulst, die größer als der Kopf des Kindes war. Dicht oberhalb der Spina occip. konnte eine bleifederweite Öffnung im Knochen gefühlt werden; von ihr ging ein fester Strang in die Geschwulst über. Keine Hirnpulsation; bei Druck auf die Geschwulst keine vermehrte Spannung der großen Fontanelle oder Hirndrucksymptome. Nach 2 Tagen trat eine Perforation der Geschwulst ein; am folgenden Tage wurde die Radikaloperation ausgeführt. Zuerst Punktion und Entleerung von 450 ccm blutiger Flüssigkeit, dann breite Eröffnung des Sackes; an dessen Boden wurde ein walnußgroßer, dünngestielter, piabekleideter Hirnteil gefunden; die Dura war im äußeren Teil des Sackes mit der Haut fest vereint, konnte aber näher dem Stiel abgetrennt werden. Der Hirnteil und die Pia wurden nach Trennung von der Dura doppelt unterbunden und entfernt; zwei Zipfel der Dura wurden freipräpariert und über den Stumpf genäht; Hautnaht. Heilung ohne Störung (24 Tage nach der Operation). G. Nyström (Stockholm).

---

16) **A. Conti. Sopra un caso di tumore doppio dell' encefalo.** (Policlinico, sez. pratica XVII. Hft. 44. 1910.)

Bei einem 33jährigen Manne bestanden seit $^1/_2$ Jahre alle Anzeichen einer Kleinhirngeschwulst: Vestibularanfälle, Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Schwanken beim Gehen, Asynergie, Diadochokinesie, Muskelatonie und Hypotonie.

Die Autopsie ergab eine ausgedehnte linkseitige Kleinhirngeschwulst (Gliosarkom) und daneben eine ebensolche noch größere Geschwulst im Bereiche des rechten Schläfenlappens. Die letzterwähnte Geschwulst hatte gar keine klinischen Symptome gemacht. M. Strauss (Nürnberg).

---

17) **Folke Henschen. Über Geschwüste der hinteren Schädelgrube insbesondere des Kleinhirnbrückenwinkels.** Klinische u. anatomische Studien. Jena, Gustav Fischer, 1910.

Bei der immer zunehmenden Bedeutung, welche die Geschwülste der hinteren Schädelgrube für die operative Therapie gewonnen haben, dürfte das vorliegende gründliche Werk einen willkommenen Beitrag auch für den Chirurgen darstellen.

Der erste Abschnitt enthält eine kritische Darstellung von 28 teils autoptisch, teils operativ sichergestellten Geschwülsten der hinteren Schädelgrube überhaupt, meist mit detaillierter pathologischer Untersuchung.

Der zweite Teil gibt eine systematische Übersicht über die Kleinhirnbrückenwinkelgeschwülste mit besonders eingehender Berücksichtigung der Acusticusgeschwülste. Unter Kleinhirnbrückenwinkel will H. »nur die Einbuchtung im vordersten Teil der Basalfläche des Kleinhirns, wo der Brückenarm verschwindet« aufgefaßt wissen.

Die klinische Darstellung der eigentlichen Acusticusgeschwülste gründet sich auf eine tabellarisch angeordnete Zusammenstellung von 105 Fällen. Bezüglich ihrer Genese kommt H. namentlich auf Grund eigener Untersuchungen zu dem Schluß, daß sie gewöhnlich vom Grunde des inneren Gehörgangs aus zuerst ihre Entwicklung nehmen, und zwar speziell von dem in und um den Ramus inferior des Nervus vestibularis befindlichen Bindegewebe, d. h. vom peripheren Abschnitte des Acusticus. Bei ihrem Wachstum erweitern sie zunächst den Porus acusticus internus (event. röntgenologischer Nachweis!), um erst sekundär in die Schädelhöhle und den Kleinhirnbrückenwinkel einzuwachsen.

Die einzig mögliche Therapie, d. i. die chirurgische, besitzt heute noch eine relativ hohe Mortalität: Bei 42 zusammengestellten Fällen wurde nur achtmal operative Heilung erzielt. Eine Besserung dieser Resultate ist in erster Linie nur durch verbesserte, d. h. frühzeitigere Diagnosenstellung zu erzielen, vielleicht auch durch ein operatives Eingehen von der Seite her (nach Bárány), obwohl praktische Erfahrungen hierbei noch nicht vorliegen.

Der reiche Inhalt des Werkes läßt sich natürlich nicht im Rahmen eines kurz orientierenden Referates erschöpfen.

Zum Verständnis der makroskopischen und mikroskopischen Verhältnisse sind neun schön ausgeführte Tafeln beigefügt. E. Melchior (Breslau).

---

18) **Schmieden und Cassirer. Über eine durch Operation geheilte Cyste des Kleinhirns.** Aus der chir. Univ.-Klinik zu Berlin. Geh.-Rat Bier. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

Die 23jährige Kranke, die vor mehr als 1 Jahre eine Kopfverletzung erlitten hatte und seitdem von Kopfschmerzen geplagt war, bot unter anderen auf einen

raumbeschränkenden Prozeß im Schädel hinweisenden Symptomen das völliger Steh- und Gehunfähigkeit (Asynergie cerebelleuse) dar; außerdem bestand linksseitige Blick- und Facialislähmung usw. Bei der Operation, die unter Verzicht auf das osteoplastische Verfahren und mit Heidenhain'scher Umstechung der Haut im Bereich des Kleinhirngebietes vorgenommen wurde, fand sich die vermutete einfache Cyste der linken Kleinhirnhemisphäre in Größe eines Hühnereies; Entleerung, Drainage. Rasche Besserung der sehr erheblichen Pulsbeschleunigung und übrigen Symptome und schließlich völlige Heilung, die auch 1 Jahr später fortbestand. Die Untersuchung der Cystenwand ergab keinerlei Geschwulstelemente. Kramer (Glogau).

---

19) S. Weil. Die operative Behandlung der Epilepsie. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die aus der Küttner'schen Klinik hervorgegangene Arbeit bringt 18 eigene Fälle und bespricht unter Heranziehung der Literatur ätiologische Momente, Operationsverfahren, Indikationen und Prognose. Verf. betont, daß die Abgrenzung der genuinen und der organischen Epilepsie oft recht schwer ist, da auch die gemeinhin zur ersten Form gezählten Fälle oft in der Anamnese ein Trauma, entzündliche Veränderungen u. a. m. aufweisen. Auch die psychischen Veränderungen sind nicht immer ein sicheres Kennzeichen der genuinen Epilepsie; dagegen sprechen Herdsymptome für die organische Form. Im Gegensatz zu Binswanger, der die Epilepsie für eine Psychoneurose mit funktionellen Veränderungen erklärt, betont W. den Weber'schen Standpunkt, daß es sich um eine chronische Erkrankung des Gehirns mit anatomischen Veränderungen handelt. Damit ist die Möglichkeit des chirurgischen Eingreifens gegeben. Prinzipiell ist die Operation bei allen organisch bedingten Epilepsien möglich; größte Aussicht auf Erfolg hat sie dann, wenn die Veränderungen lokal umschrieben sind und diese Umschriebenheit sich aus den klinischen Symptomen mit Sicherheit erkennen läßt.

Als chirurgische Eingriffe kommen in Betracht: 1) Entfernung von Knochensplittern, Fremdkörpern und ähnlichem bei der traumatischen Form; 2) die Exzision des krampferregenden Zentrums nach Horsley; 3) die Lüftungs- und Entlastungstrepanation (Jolly und Kocher).

Bei sicherer Herderkrankung empfiehlt W. die Operation, und zwar um so mehr, je mehr die Krämpfe denen bei Rindenepilepsie ähneln, je mehr Lokalzeichen auf einen umschriebenen Herd hinweisen, je mehr ererbte oder erworbene Einflüsse in der Ätiologie zurücktreten.

W. hält die Operation für indiziert 1) bei allen Fällen von Rindenepilepsie traumatischer Genese; 2) bei diffuser Epilepsie traumatischer Genese, wenn die Krämpfe anfangs Rindencharakter hatten; 3) bei diffusen Krämpfen, wenn eine Knochennarbe am Schädel zu finden ist; 4) bei nicht traumatischer Jacksonepilepsie; 5) bei diffusen Krämpfen mit Lähmungen oder ausgesprochenen Herderscheinungen, besonders wenn die Anamnese ergibt, daß die Krämpfe früher umschrieben waren; 6) wenn auf Grund von Anamnese oder Verlauf organische Epilepsie zu vermuten, wenn sich dabei eine innere Therapie nutzlos erwiesen hat, wenn zahlreiche Krämpfe vorliegen und sich eine Abnahme der geistigen Funktionen zeigt.

Nicht gerechtfertigt ist die Operation bei den Fällen, wo nach eingehender Untersuchung eine rein genuine Epilepsie anzunehmen und kein Anhalt für eine organische Grundlage des Leidens vorhanden ist.

Die Prognose ist stets zweifelhaft, von einem Erfolg kann höchstens 3 Jahre p. operationem gesprochen werden. Ein Fall W.'s zeigt, daß noch nach 5 Jahren Rezidive eintreten können. Von Besserung darf gesprochen werden, wenn die vor der Operation häufigen schwereren Anfälle seltener und leichter werden, besonders wenn eine bereits eingetretene Demenz sich zurückbildet. — Zu den von Tillmann mitgeteilten 29 Fällen operativ geheilter traumatischer Epilepsie bringt W. zwei eigene Heilungen. Er stellt ferner die bisher publizierten Fälle von geheilter, nicht traumatischer Rindenepilepsie zusammen. Drei in letztere Kategorie gehörige eigene Fälle W.'s ergaben kein befriedigendes Operationsresultat. H. Fritz (Tübingen).

20) **André Chalier. Résultats immédiats et éloignés de la trépanation du côté opposé dans la névralgie faciale.** (Gaz. des hôpitaux 1910. Nr. 123.)

1908 berichtete C. über den ersten derart operierten Fall (ref. in diesem Zentralblatt 1908 Nr. 47). Der damals von Jaboulay, dem Erfinder der Methode, operierte Pat. ist bis jetzt — länger als 2 Jahre — gesund geblieben.

C. berichtet jetzt über zwei neue Fälle:

Morestin operierte am 2. X. 1908 einen Kranken, der u. a. bereits fünf Eingriffe ohne Erfolg durchgemacht hatte. Am 2. Tage nach der Trepanation keine Schmerzen mehr. Danach ist Pat. schmerzfrei geblieben.

Jaboulay operierte am 14. XI. 1908 einen Epileptiker, der seit 10 Jahren an Neuralgie des III. Astes rechts litt. 18 (!) Eingriffe hatten ihm nichts genützt. Durch die Trepanation über der Rolando'schen Furche mit Opferung des Knochens und einige Schlitzungen der Dura wurde Pat. hergestellt.

Die drei Kranken sind also nach der Jaboulay'schen Trepanation auf der entgegengesetzten Seite durch knapp bzw. reichlich 2 Jahre vollkommen schmerzfrei gewesen, und es liegt auch kein Grund vor, anzunehmen, daß sie es weiter nicht sein werden. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

21) **Joseph Kirpiznik. Ein Fall von tuberöser Sklerose und gleichzeitigen, multiplen Nierengeschwülsten.** (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 358.)

K. macht erneut auf das gelegentliche Zusammentreffen von tuberöser Sklerose des Gehirns mit multiplen Nierengeschwülsten aufmerksam. Die Sklerose des Gehirns ist nach den neueren Untersuchungen auf eine in ganz frühem Entwicklungsstadium erfolgte Störung in der Differenzierung der Zellen des Medullarrohrs zurückzuführen; die Nierengeschwülste gehören infolge ihres histologischen Befundes zu der Gruppe der Wilms'schen Mischgeschwülste; sie unterscheiden sich aber von den kindlichen Nierengeschwülsten durch ihr langsames Wachstum und durch ihr multiples Auftreten, das häufig beide Nieren befällt. Es handelt sich demnach bei derartigen Individuen um die gleichzeitige Bildung entwicklungsgeschichtlich voneinander unabhängiger Geschwülste, die vielleicht auf ererbter Schwäche in der Anlage ekto- und mesodermaler Elemente ihren Grund hat. Die Kasuistik dieses bisher nicht genügend beachteten Zusammentreffens wird durch einen weiteren Fall vermehrt. Es handelte sich um einen 28jährigen Mann, dem in der Charité die rechte Niere wegen einer Geschwulst entfernt wurde, und der nach wenigen Tagen unter urämischen Erscheinungen starb. Die Sektion ergab dann in der Hirnoberfläche und auf den Ventrikelflächen zahlreiche sklerotische

Herde und in der linken Niere eine Menge gegeneinander abgegrenzter Geschwülste, die das Nierengewebe sehr ausgedehnt gestört hatten. Die Details des histologischen Befundes sind im Original nachzulesen. Zum Schluß fordert Verf. auf, in allen Fällen von Nierengeschwülsten, die zur Sektion gelangen, eine genaue Untersuchung des Gehirns vorzunehmen; man würde dann diesem bisher ziemlich unbekannten Zusammentreffen öfter begegnen; sind doch bisher bei tuberöser Hirnsklerose Nierengeschwülste in ca. 25% der Fälle beobachtet worden. Literatur.

Doering (Göttingen).

---

22) Hirsch. Endonasal method of removal of hypophyseal tumors. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 9. 1910.)

H. hat zwei Fälle von Hypophysisgeschwulst erfolgreich auf intranasalem Wege, und zwar ausschließlich unter Lokalanästhesie, operiert.

Im ersten Falle gestaltete sich die Operation derartig, daß in der ersten Sitzung die mittlere Muschel, in einer zweiten die vorderen und hinteren Siebbeinzellen entfernt wurden; in einer dritten Sitzung wurde die vordere Wand des Os sphenoidale fortgenommen, in der vierten die hintere Wand entfernt und in der fünften die Hypophysisgeschwulst in Angriff genommen. Es hatte sich um eine Cyste gehandelt ohne bösartige Gewebsveränderungen.

Der andere Fall wurde zunächst in der Weise operiert wie bei Killian's submuköser Fensterresektion; dann wurde die Schleimhaut des Vomer nach beiden Seiten weit abgeschoben und der hintere Teil des Vomer und das Rostrum sphenoidale reseziert, alsdann die vordere und hintere Wand der Cavitas sphenoidalis abgetragen und die hervortretende Hypophysisgeschwulst exstirpiert.

Verf. führte diesen Eingriff auch an einer Leiche aus, und der Pathologe Erdheim konnte alsdann bestätigen, daß eine große Öffnung in der Sella turcica hergestellt worden war, ohne daß die in nächster Nachbarschaft gelegenen wichtigen Gebilde, Nervus opticus, Sinus cavernosus usw., verletzt worden waren.

W. v. Brunn (Rostock).

---

23) Jaugeas. The x-ray diagnosis of tumors of the hypophysis. (Arch. of the Roentgen ray Nr. 121.)

Die aus klinischen Erscheinungen vermutete Hypophysengeschwulst wird sichergestellt durch die Schädelaufnahme. Die Veränderungen des Türkensattels bei Geschwulst der Hypophyse sind so kennzeichnend, daß ein Irrtum nicht möglich ist. Verf. zeigt dies an der Hand von drei Bildern, die von einem Falle allein mit Augensymptomen, einem anderen mit Riesenwuchs und einem dritten mit Fettleibigkeit und Sehstörungen stammen. Da die Diagnose der Hypophysengeschwulst verhältnismäßig frühzeitig mit Röntgenaufnahme gelingt, ist sie auch mit Erfolg anzugreifen, und zwar empfiehlt J. hierzu ebenfalls Röntgenbestrahlung.

Trapp (Riesenburg).

---

24) E. Schmiegelow. Beiträge zur operativen Behandlung der Hypophysenkrankheiten. (Hospitalstidende 1910. Nr. 42 u. 43. [Dänisch.])

Kurze, gute Literaturübersicht und Bericht über einen eigenen Fall.

27jähriges Weib. Akromegalie seit dem Pubertätsalter, Kopfschmerzen seit 2 Jahren und allmählich zunehmende Gesichtsschwäche des rechten Auges seit $4^1/_2$ Jahren, schließlich totale Blindheit desselben. Eine Neuritis optica dx. wurde konstatiert. Da die Pat. an einer purulenten Rhinitis litt, wurde der

Sinus sphenoidalis im Oktober 1908 geöffnet; er enthielt aber keinen Eiter. Auch die Sehfähigkeit des linken Auges nahm dann ab, die Kopfschmerzen wurden aber gebessert. Im Dezember 1908 schnelle Wiederherstellung des Sehvermögens des linken Auges, seit Februar 1910 jedoch neue Abnahme und rechtseitige Kopfschmerzen. Röntgen zeigte eine kolossale Vergrößerung der Sella turcica. Diagnose ziemlich gutartige Hypophysengeschwulst (Adenom oder cystisches Adenom).

Transnasale Operation am 21. April 1910. Sehr wertvoll zeigte sich dabei die zuerst ausgeführte perorale Intubation mit Tamponade des Schlundes, wodurch die Narkose ganz ruhig ohne Aspirationsgefahr verlief. Aufklappung der Nase nach links, Entfernung des Proc. nasalis maxillae und der äußeren Wand der rechten Nasenhöhle nebst mittlerer und unterer Muschel. Resektion des Sept. nasi oss. Eröffnung des sehr kleinen Sinus sphenoidalis, dessen hintere papierdünne Wand hervorgedrängt war. Entfernung derselben. Punktion der Hypophyse ergibt blutige Flüssigkeit. Spaltung eines 2 cm weiten Raumes, Auslöffelung von weichem Gewebe (mikroskopisch: hyperplastisches Hypophysengewebe aus dem vorderen Lappen). Jodoformgazetamponade der Höhle. Das unmittelbare Resultat war gut. Der Kopfschmerz verschwand und das Sehvermögen des linken Auges wurde unmittelbar normal. 3 Wochen nach der Operation starb aber Pat. plötzlich bei starker Temperatursteigerung. Sektion: Hirnödem, große Hypophysengeschwulst, keine Meningitis. Ein weit größeres Stück der vorderen Sellawand hätte ohne Gefahr seitens der Nn. optici und des Sinus cavernosus entfernt werden können. Die terminale Temperatursteigerung will S. als Folge einer Thalamusirritation durch die Geschwulst erklären.

G. Nyström (Stockholm).

---

25) Dench. **The symptomatology and diagnosis of meningitis of otitic origin.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 9. 1910.)

26) Smith. **The indications for surgical interference for the relief of otitic meningitis.** (Ibid.)

27) Mygind. **The operative treatment of otitic meningitis.** (Ibid.)

In diesen drei Aufsätzen wird die Diagnose der otitischen Meningitis ausführlich besprochen, die möglichst frühzeitige operative Eröffnung des Schädels in solchen Fällen empfohlen und besonders von M. der Rat erteilt, auch in weit vorgeschrittenen Krankheitsfällen nicht zu verzweifeln, sondern auch hier energisch vorzugehen, da mancher scheinbar verzweifelte Fall noch zu retten sei.

Auf die besondere Bösartigkeit des Diplokokkus pneumoniae in Fällen otitischer Meningitis wird wiederholt hingewiesen. W. v. Brunn (Rostock).

---

28) L. Haymann. **Experimentelle Untersuchungen über die Genese der otogenen Pyämie.** Aus der Abt. für Ohren- usw. Kranke des Allerh. Hospitals zu Breslau. Prof. Brieger.) (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

Die an Hunden und Affen ausgeführten Versuche ergeben, daß längerer Kontakt des Sinus mit einem infizierten Tampon zur Thrombose führt. Der Thrombus entsteht in der Regel zunächst als wandständiger Niederschlag, der im Wachstum beschränkt, ständig parietal bleiben oder — häufiger — mehr oder weniger rasch wachsen kann; die Sinuswandveränderungen spielen bei der Bildung eine große Rolle. Meist zeigten die Thromben eine deutliche Neigung zur Organi-

sation, wodurch sie zum Träger der Allgemeininfektion nicht mehr geeignet sind; schon nach 15 Tagen waren Rekanalisationsvorgänge nachweisbar. Daraus ergibt sich, daß die Therapie der Allgemeininfektion nicht immer auf die Inangriffnahme des Sinusherdes ausgehen darf, da durch sie dem natürlichen Heilungsbestrebungen des Thrombus entgegengetreten wird und es bei bestehender Bakteriämie zu schweren thrombophlebitischen Prozessen kommen kann. Die Sinusthrombose erscheint, verglichen mit der direkten Invasion der Bakterien in die Sinusbahn und der dabei ohne Bildung eines Thrombus auftretenden otogenen Allgemeininfektion, als der gutartigere Vorgang. Kramer (Glogau).

---

29) Lange. The pathology of mastoiditis as revealed by the X-ray. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 10. 1910.)

Die Substanz des Processus mastoideus bei Kindern von 1—10 Jahren hat normalerweise die Struktur der Spongiosa, ohne größere Räume zwischen den Knochenbälkchen; das tritt auf dem Röntgenbild auch gut in die Erscheinung.

In Fällen von Mittelohrentzündung bei solchen Kindern sieht man, wenn man von einer Erkrankung des Warzenfortsatzes noch nichts erkennen kann, oft auf der Röntgenplatte deutliche Veränderungen, und zwar entweder das Auftreten größerer Spalträume (die sich bei der Operation mit Serum gefüllt erweisen) oder aber Verwaschenheit der Knochenstruktur (die bei der Aufmeißelung als durch Eiterung mit Knocheneinschmelzung bedingt erscheint) oder aber — in chronischen Fällen — Sklerosierung.

Dies alles konnte L. an einer Reihe von Fällen schon vor dem Eingriff durch Röntgenuntersuchung feststellen und durch die nachfolgende Operation als richtig erweisen. W. v. Brunn (Rostock).

---

30) N. Wolkowitsch. Zur Frage der Rhinoplastik. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

W. beschreibt einige Fälle von Rhinoplastik, die er nach der Methode von Israel ausgeführt hat, indem er sowohl Knochenspangen von der Tibia zur Hebung der Nase anwendete, als auch Lappen von dem Unterarm mit einer Knochenspange transplantierte. Die einzelnen mehr oder weniger guten Erfolge, die er damit erzielte, sind im Detail beschrieben. Eine besondere Art der Rhinoplastik hat Verf. in einem weiteren Falle ersonnen, indem er einen ganzen Finger zur Transplantation verwendete. Er entblößte die Phalangen, indem er durch einen Dorsalschnitt eine ausgedehnte Lappenbildung bewirkte. Nach Entfernung des Nagels wurde der Finger in eine eigens hergerichtete Vertiefung an der Nasenwurzel eingefügt, indem gleichzeitig der Hautlappen unter die unterminierte Nasenhaut geschoben und dort eingenäht wurde. Später wurde der Finger durchtrennt, in einem der Gelenke abgebogen und so zum Stützgerüst hergerichtet, auf das Krause'sche Lappen mit Erfolg aufgepflanzt wurden. Photographien und Röntgenbilder des eingeheilten Fingers illustrieren den Erfolg und die Brauchbarkeit des Verfahrens, dessen detaillierte Beschreibung im Original an der Hand der Abbildungen die Verhältnisse klarer zu machen geeignet ist als ein Referat.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

31) C. Bohac (Prag). Zur Röntgentherapie des Skleroms. (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 43.)

Durch die mitgeteilten zwei Fälle von Rhino- bzw. Laryngosklerombehandlung mit Röntgenstrahlen (mittelharte oder harte) wird der schon von anderer

Seite behauptete günstige Einfluß dieser Therapie auf die Rückbildung der Infiltrate und die Epithelisierung bestätigt. Kramer (Glogau).

---

32) **Duschl. Zur Quérin'schen Transversalfraktur des Oberkiefers.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Drei im chirurgischen Spital München l. I. beobachtete Fälle von Transversalbrueh des Oberkiefers veranlassen den Verf., Ätiologie, Symptome und Therapie dieser Fraktur zu besprechen. Bezüglich der Therapie fordert er Fixation der reponierten Bruchstücke durch vom Zahnarzt gefertigte Schienen. Die zahntechnisch nötigen Arbeiten bei Kieferbrüchen werden im Spital l. I. stets von der Universitätszahnklinik ausgeführt, meist nach dem Angle'schen Typus (Ringmutterverbände). Die Resultate sind sehr befriedigend.

H. Fritz (Tübingen).

---

33) **Farr. Preservation ef the submaxillary branch of the facial nerve in operations on the neck.** (Annals of surgery 1910. Oktober,)

Verf. bringt mit der kleinen Arbeit sehr schöne Abbildungen, in welchen der Verlauf des die Unterlippe versorgenden und bei Halsdrüsenoperationen leicht verletzbaren submaxillaren Zweiges des N. facialis gekennzeichnet ist. Dieser Nerv, der die dritte Portion des cervico-facialen Zweiges des Gesichtsnerven ist, verläuft unmittelbar unterhalb und parallel zum Unterkieferaste unter der tiefen Halsfascie; seine Verletzung äußert sich in Schiefstellung der Unterlippe beim Sprechen, Lachen und Schreien. Um seine Verletzung zu vermeiden, sollen bei Halsdrüsenoperationen die nach vorn vom Kopfnickermuskel gelegenen Schnitte nur in transversaler Richtung und mindestens $^3/_4$ Zoll unterhalb des Unterkieferastes angelegt werden. Herhold (Brandenburg).

---

34) **Somers. Significance of edema of the soft palate.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 11. 1910.)

Ödem des weichen Gaumens kann aus mannigfachen Ursachen auftreten, vor allem bei entzündlichen Prozessen in der Umgebung.

Es gibt aber auch eine primäre traumatische Entzündung der Uvula mit Ödem des weichen Gaumens bei Rednern, und andererseits konnte Verf. unmittelbar vor dem Auftreten von akutem Gelenkrheumatismus mit absoluter Regelmäßigkeit bei einigen Pat. eine ödematöse Schwellung des weichen Gaumens entstehen und bald darauf wieder verschwinden sehen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

35) **Moorehead. The teeth and alveolar processes as points of entrance for the tubercle bacillus.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 6. 1910.)

Verf. berichtet über vier Fälle eigener Beobachtung, in denen sonst ganz gesunde Personen im Anschluß an Caries eines Zahnes im Unterkiefer eine Anschwellung der Halslymphdrüsen auf der gleichen Seite bekamen und bei denen sowohl in dem kariösen Zahn wie auch in den operativ entfernten Lymphdrüsen Tuberkelbazillen sicher nachgewiesen wurden. W. v. Brunn (Rostock).

---

36) H. Sachs (Charlottenburg). Pyorrhoea alveolaris und ihre erfolgreiche Behandlung. Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Nach S. ist die häufig vorkommende Alveolarpyorrhöe ein durch örtliche Reize (Ansammlung von Zahnstein in der Zahnfleischtasche) hervorgerufenes, rein örtliches Leiden, das in seiner Wirkung durch konstitutionelle Störungen aller Art (Skorbut, Gicht, Diabetes, Syphilis usw.) wesentlich verstärkt werden kann. Durch Entfernung des Zahnsteins, der Granulationen usw., durch Hineinbringen von 50%iger Milchsäure in die Zahnfleischtaschen und nachfolgende Politur des Zahnes und der Wurzeloberfläche, sowie durch Behandlung des Allgemeinleidens läßt sich die Alveolarpyorrhöe heilen bzw. wesentlich bessern.

Kramer (Glogau).

---

37) Merz-Weigandt (Eger). Ein Lippenklemmer. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 39.)

Das der Lidklemme ähnelnde, zur Anämisierung und Fixierung der Lippe dienende Instrument (beziehbar von A. Broz in Graz) ist in zwei Größen hergestellt (Preis 6 und 8 Kronen) und hat sich praktisch sehr bewährt.

Kramer (Glogau).

---

38) G. Bolognesi. Endotheliom der Submaxillar-Speicheldrüse. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

B. hat einer Pat. ein perivasales Endotheliom der Submaxillardrüse exstirpiert. Es fanden sich in der Geschwulst Entartungen im Stützstroma, in den Gefäßwänden und auch in den Zellen der Neubildung selbst. Im großen und ganzen bot die Neubildung das Bild eines reinen Perithelioms. Verf. bespricht die nicht sehr umfangreiche Literatur über jene seltenen Geschwülste, über die besonders Küttner wertvolle Studien geliefert hat.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

39) Todd. Neuralgias and functional disturbances drising from infectious in and about the tonsil. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 9. 1910.)

Erkrankte Gaumenmandeln, denen man aber ihren pathologischen Zustand oft nicht ohne weiteres anzusehen braucht, können die Ursache von mancherlei Störungen sein, von schmerzhaften Empfindungen im Genick, von Neuralgien in der Gegend der Mandel, des Ohres, der ganzen Kopfseite, der Nase, der Zähne, des Gaumens oder der Highmorshöhle; es können dabei Heiserkeit, Stimmverlust, Husten, Schluckbeschwerden und andere Gesundheitsstörungen bestehen, die erst noch einer gründlichen und vollständigen Entfernung der erkrankten Mandel zum Schwinden gebracht werden können. W. v. Brunn (Rostock).

---

40) Ferguson. Gunshot wound of the chest and injury to the spine. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 11. 1910.)

Bericht über einen 21 Jahre alten Pat., der einen Revolverschuß im achten rechten Interkostalraum 3 cm lateral von der Mammillarlinie erhalten hatte; das Geschoß war im XI. Interkostalraum 8 cm links vom XI. Brustwirbeldornfortsatz ausgetreten. Es war eine komplette Lähmung der ganzen linken unteren Extremität mit totalem Verlust des Gefühlsvermögens sowie Lähmung von Blase

und Mastdarm eingetreten. Nach 2 Monaten besserte sich der Zustand, anfangend an den Zehen des linken Fußes, und nach $12^1/_2$ Monaten konnte Pat. ohne Unterstützung gehen und stehen, die Funktion von Blase und Mastdarm war normal, der Gesamtzustand annähernd normal. W. v. Brunn (Rostock).

---

41) Schwarz. Zur Diagnose und Therapie der extramedullären Rückenmarkstumoren. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

S. stellt einen von Bergmann in Riga mit Erfolg operierten Kranken vor, bei dem es sich um ein extramedulläres Gliosarkom in Höhe des IV. Cervicalsegments gehandelt hat. Der Kranke hatte zu Beginn Steifigkeit der Halswirbelsäule, Atrophie beider Musculi spinati, links stärker als rechts, gesteigerte Patellarreflexe und Druckempfindlichkeit der Halswirbelsäule. Es kam dann zu spastischer Parese der unteren Extremitäten, später Parese der Arme und Sensibilitätsstörungen der oberen Extremität (anfänglich nur die Empfindung von Kälte, Wärme und Schmerz berabgesetzt, später Anästhesie links am oberen Teil des Halses für alle Qualitäten, schließlich Zwerchfellähmung).

Bei der allgemeinen Erörterung über Wirbelgeschwülste meint S., daß das Unvermögen auf dem Rücken zu liegen, wenn vorhanden, für die Erkrankung der Cauda equina ihm diagnostisch verwertbar erschiene.

Um die Höhe des Segmentsitzes in der Diagnose zu bestimmen, sind am wertvollsten die degenerativen Atrophien auf Neuralgieschmerzen, wenn sie lokal scharf begrenzt sind.

Die obere Grenze einer Geschwulst kann aber auch durch eine Meningitis serosa adhaesiva circumscripta vorgetäuscht werden, ja diese kann selbst eine ganze Geschwulst vortäuschen. Für die Differentialdiagnose werde vielleicht die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit von besonderem Wert sein können, in dem Sinn, daß bei Zusatz des Nonne-Apelt'schen Reagens eine »dicke, milchigtrübe, gelatinöse Trübung« auftrete, welche für Tumor spreche bei fast negativem Lymphocytenbefund. (Es handelt sich um Phase I, Zusatz von Amoniumsulphat, wodurch ein Ausfall der Globuline zustande kommt. Ref.)

Bei der Meningitis habe er fast immer das Umgekehrte gesehen: Nonne-Apelt schwach positiv, bzw. negativ und Pleocyten schwach bzw. stärker positiv. Deetz (Arolsen).

---

42) Mayer and Gaub. Intradural tumor of the spinal cord with operation. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 8. 1910.)

Genauer Nervenstatus und Operationsgeschichte eines Falles von Endotheliom an der vorderen und seitlichen Peripherie des Rückenmarks in der Höhe der letzten Halswirbelsegmente. Die Geschwulst, von der Größe einer Weinbeere, war nach Freilegung des Rückenmarks nicht zu entdecken und konnte erst mit Hilfe der Tastung aufgefunden und entfernt werden. Sie hatte zu erheblichen Störungen der Motilität und Sensibilität Veranlassung gegeben.

Operative Heilung und erhebliche Besserung der Funktion und Sensibilität. W. v. Brunn (Rostock).

43) **Hans Curschmann (St. Rochus in Mainz). Einige Indikationen und Kontraindikationen der Lumbalpunktion.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 39.)

An der Hand kasuistischer Mitteilungen zeigt Verf., welchen Nutzen die Lumbalpunktion nicht nur in diagnostischer, sondern auch in therapeutischer Hinsicht besitzt, so z. B. bei den verschiedenen Formen der Meningitis, bei Folgeerscheinungen von Schädeltraumen, Pseudogeschwülsten des Großhirns, bei einigen chronischen Autointoxikationen usw. Der Gefahrenwert des Eingriffes ist sehr gering, und nur einmal erlebte C. eine eitrige Meningitis. Eine Kontraindikation dürften indessen die Fälle von Blutungen und Geschwülsten der hinteren Schädelgrube, speziell des Kleinhirns bilden, und Verf. teilt hierzu eingehend die Krankengeschichte eines Falles von verkästem Tuberkulom des Wurmes mit, in dem die Lumbalpunktion den Tod herbeiführte, wahrscheinlich in der Weise, daß infolge der Veränderung des intrazerebralen Druckes die Geschwulst das Atemzentrum komprimierte. Deutschländer (Hamburg).

---

44) **Frazier. The treatment of spasticity and athethosis by resection of the posterior roots of the spinal cord.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 3. 1910.)

Bericht über drei Fälle von Förster'scher Operation, von denen einer bereits an anderer Stelle publiziert worden ist (Pennsylvania med. bull. 1910, Januar). Der erste Pat. lernte wieder selbständig ohne Krücken etwas gehen, die zwei anderen Pat. konnten nach dem Eingriff ihre Gelenke wieder aktiv bewegen, haben aber bisher noch nicht selbständig gehen gelernt.

W. v. Brunn (Rostock).

---

45) **Allison and Schwab. Muscle group isolation and nerve anastomosis in the treatment of the paralyses of the extremities.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 3. 1910.)

Verff. berichten über 15 Fälle von Lähmungs- bzw. Kontrakturzuständen infolge von Apoplexie, Little'scher Krankheit, Poliomyelitis, Poliencephalitis, Verletzungen usw., in denen sie, abgesehen von den auch sonst üblichen Maßnahmen der Korrektur und der Transplantationen, noch die Injektion von 80%igem Alkohol in die Nervenstämme der kontrakturierten Muskelgruppen vornahmen.

In Allgemeinnarkose wurden die entsprechenden Nervenstämme freigelegt, durch faradische Reizung wurden die zu den verkürzten bzw. zur Kontraktur geneigten Muskeln ziehenden Nervenäste genau festgestellt und mittels Spritze und feinster Kanüle injiziert

Bei zwei an und für sich kümmerlichen Kindern trat der Tod an postoperativer Pneumonie ein, in den übrigen Fällen wurde zum Teil ein so erheblicher Erfolg erzielt, daß Verff. nicht anstehen, von der Förster'schen Operation zu sagen, ihre Gefährlichkeit stehe nicht im Verhältnis zu dem Erfolge im Hinblick auf die Ergebnisse ihres Verfahrens.

Die Zeit zwischen dem Eingriff und der letztgebuchten Untersuchung beträgt indessen im allgemeinen nur 6 Monate und weniger, so daß man von einem definitiven Ergebnis noch nicht sprechen kann. W. v. Brunn (Rostock).

---

46) Schüller (Wien). Über operative Durchtrennung der Rückenmarksstränge (Chordotomie). (Wien. med. Wochenschr. 1910. Nr. 39.)

Die von S. angegebene Chordotomie, die operative Durchtrennung im Bereich der sensiblen Stränge des Rückenmarks selbst, dient denselben Indikationen wie die Förster'sche Radikotomie: gastrische Krisen bei Tabes und spastische Lähmungen. Die Nachteile bei der Wurzeldurchschneidung liegen darin, daß einmal bei der beträchtlichen Ausdehnung des Wurzelgebietes eines größeren Körperabschnittes eine große Zahl weit auseinander liegender Wurzeln freigelegt werden muß, und daß ferner eine Isolierung der schmerzleitenden und tonusvermittelnden Fasern nicht möglich ist. Im Rückenmark hingegen nehmen selbst die zu einem sehr ausgedehnten Körperbezirk gehörenden Bündel ein relativ kleines Areal ein; außerdem sind die Faserbündel nach ihren funktionellen Eigenschaften geordnet. Während also z. B. bei Krämpfen der oberen und unteren Extremitäten die Förster'sche Operation zwei große Laminektomien verlangt, die eine vom IV. Hals- bis II. Brustwirbel und die andere vom II. Lendenwirbel bis ins Kreuzbein hinein, bedarf es für die Chordotomie nur der Freilegung eines Segmentes des oberen Halsmarkes.

Zusammenfassend empfiehlt S. die Chordotomie unter folgenden Umständen:

»1) Durchschneidung der schmerzleitenden Fasern innerhalb der vorderen Partien der Seitenstränge entsprechend der Höhe des obersten Dorsalmarkes bei tabischen Krisen, zumal wenn dieselben mit starken lanzinierenden Schmerzen der unteren Extremitäten verbunden sind.

2) Durchschneidung der Hinterstränge, eventuell in Kombination mit den Kleinhirnseitensträngen, bei spastischen Paresen der Extremitäten mit hochgradiger Hypertonie; und zwar bei spastischer Parese der unteren Extremitäten: Chordotomie in der Höhe des untersten Brustmarkes; bei spastischer Parese aller vier Extremitäten oder einer oberen und unteren Extremität: Chordotomie im V. Cervicalsegment. Je nach der Schwere und der Art des Falles kamen auch Kombinationen der Strang- und Wurzeldurchschneidung in Betracht.«

Die im Original näher beschriebene Technik scheint nicht schwieriger zu sein als die der Radikotomie. Erhard Schmidt (Dresden).

---

47) Alwin Ach. Ösophagusstenosen und ihre Behandlung. Retrograde Ösophagoskopie. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Der Artikel gibt im wesentlichen den Inhalt eines von A. im ärztlichen Verein München gehaltenen Vortrages wieder. A. bespricht besonders die Karzinom- und Narbenstenosen der Speiseröhre und berichtet über seine Methode der retrograden Ösophagoskopie nach Anlegen einer Magenfistel. Er hält das Verfahren für angezeigt bei allen Fällen mit mehrfachen Strikturen in der Pars diaphragmatica und an der Cardia und vor allem bei tiefsitzenden großen Fremdkörpern. Hier soll der retrograden Ösophagoskopie gleich die Extraktion mit dem Ösophagoskop folgen. A. berichtet über drei Karzinomfälle der Münchener chirurgischen Klinik, bei welchen die retrograde Ösophagoskopie angewandt wurde, und über drei Fälle von Narbenstriktur. Hier wurde der Ösophagoskopie die retrograde Bougierung und die Sondierung ohne Ende mit gutem Erfolg angeschlossen.

A.'s Instrumentarium ist dem Rektoskop von Strauss nachgebildet und von Stiefenhofer in München zu beziehen. Die Einzelheiten des sinnreichen

Verfahrens, insbesondere die Konstruktion des Apparates, müssen im Original eingesehen werden. H. Fritz (Tübingen).

---

48) **A. Rossi** (Firenze). **Gastrotomia e cateterismo retrogrado dell' esofago per stenosi in una sola seduta. Gastrorrafia. Guarigione.** (Policlinico, sez. prat. XVII. 39. 1910.)

Impermeable Narbenstriktur (Kalilaugenverätzung) der Speiseröhre bei einer 21jährigen Frau, die $1/2$ Jahr nach der Verätzung in Behandlung genommen wurde. Durch Gastrotomie mit nachfolgender Dilatation der Cardia nach Loreta konnte ein Uterusdilatator (Hegar Nr. 4) in die supracardial gelegene Verengerung eingeführt werden, wonach die retrograde Bougierung der Stenose und die Einführung einer Dauersonde gelang. Es wurde deshalb die Magenwunde primär geschlossen. Nach 4 Tagen wurde die weiche Dauersonde durch eine halbstarre ersetzt, die nach 3 Tagen entfernt wurde, um eine tägliche Sondierung mit immer weiteren Sonden zu ermöglichen. Völlige Heilung ohne Rezidiv.

Verf. betont, daß das Verfahren nur in besonders geeigneten Fällen — bei nicht zu starrer und nicht zu ausgedehnter Stenose — verwertbar ist.

M. Strauss (Nürnberg).

---

49) **Pernice** (Frankfurt a. O.). **Über hohen Speiseröhrenkrebs und seine Behandlung.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Verf. teilt eingehend die Krankengeschichte einer 31jährigen Pat. mit, bei der er mit glücklichem Erfolg ein oberhalb des Ringknorpels sitzendes Speiseröhrenkarzinom entfernt hat. P. schildert eingehend die Technik und stellt folgende Grundsätze für die Behandlung derartiger Fälle auf: Bei einer Ösophagusstriktur im oberen Drittel ist, falls die Ösophagoskopie den Charakter der Erkrankung nicht erkennen läßt, eine probatorische Ösophagotomie vorzunehmen, welche zur Ösophagostomie führen soll, falls es sich um ein Karzinom bei stark reduzierten Personen handelt; bei leidlich kräftigen Personen ist sofort die Radikaloperation auszuführen. Der Übersichtlichkeit und der Asepsis wegen empfiehlt sich am besten der Kocher'sche Kragenschnitt mit zwei nach unten gehenden Längsschnitten. Bei nachgewiesenem Übergreifen des Speiseröhrenkrebses auf Kehlkopf oder Luftwege ist mit der Entfernung des Tumors zugleich die mitbeteiligte Partie der Luftwege zu exstirpieren. Der Trachealstumpf muß vor der Eröffnung der Speiseröhre aus der Wunde herausgenäht und die Mediastinaltasche bei der Operation durch eine zuverlässige Tamponade vor Infektion geschützt werden. Der peripherische Speiseröhrenstumpf ist möglichst entfernt von der Trachealöffnung in den untersten Wundwinkel des linken Längsschnittes einzunähen. Die obere Schlundöffnung soll vollständig submukös vernäht werden. Nach der Operation empfehlen sich häufig kleinere Mahlzeiten.

Deutschländer (Hamburg).

---

50) **Brünings. Ein einfaches diagnostistisches Hilfsmittel bei Speiseröhrenkrebs.** Aus der laryngol. Univ.-Klinik zu Freiburg i. B. und der otol. Univ.-Klinik zu Jena. (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

Zur Gewinnung von Geschwulstteilchen behufs mikroskopischer Untersuchung bedient sich B. einer Fenstersonde, die eine abschraubbare, mit je zwei großen scharfrandigen Fenstern versehene hohle Metallolive trägt; letztere ist in vier

Größen hergestellt, von denen die den bestehenden Schluckstörungen entsprechende gewählt wird. Während bei gutartigen Stenosen die Fenster kein Gewebe mitfassen, auch keine oberflächlichen Schleimhautverletzungen verursachen, »hobeln« sie bei vorhandenem Krebs Teilchen der verengten Stelle ab. Auf diese Weise vermochte B. in 93% der Speiseröhrenkrebsfälle ein positives Ergebnis zu erzielen, das natürlich bei absoluten Verschlüssen der Speiseröhre durch die Neubildung ausbleibt. Kramer (Glogau).

---

51) **A. Latarjet et H. Alamartine. Note sur la vascularisation artérielle du corps thyroïde de l'homme.** (Lyon méd. 1910. Bd. CXV. Nr. 44. p 729.)

Die Verff. prüften an 45 Menschen, darunter an 10 Neugeborenen oder ganz jungen Kindern, an Schnitten oder mit Hilfe von Füllung der Gefäße mit Zinnober usw. und nachfolgender Röntgenung (Bilder) die Hauptarterien der Schilddrüse, ihre verhältnismäßige Wichtigkeit, ihre Verzweigungen außerhalb und innerhalb der Drüse, ihre Verbindungen untereinander und mit dem Adernetze der Nachbarweichteile.

Die hauptsächlichste und regelmäßigste Arterie ist die Thyreoidea superior. Die besonderen anatomischen Verhältnisse der Th. inferior haben Wert für die Unterbindung. Beim Einschnitt in die Drüse sind Blutungen besonders zu fürchten in der vorderen äußeren oberflächlichen und in der hinteren inneren tiefen Schicht. Obere und untere Schilddrüsenarterie derselben Seite haben zahlreiche Verbindungen. Dagegen sind rechte und linke Seite in bezug auf die Blutversorgung ziemlich unabhängig voneinander. Füllt man alle vier Hauptstämme, so ergeben sich allerdings auch quere und Längsverbindungsäste. Außerdem gehen zahlreiche Zweige zu den benachbarten Weichteilen; sie führen der Schilddrüse auch dann noch Blut zu, wenn deren vier Hauptgefäßstämme unterbunden sind. Das meiste Blut sperrt man ab durch Unterbindung der oberen und der unteren Schilddrüsenarterie derselben Seite und nicht durch die der beiden oberen oder der beiden unteren Arterien. Literaturübersicht.

Georg Schmidt (Berlin).

---

52) **Enderlen (Würzburg). Diagnose und Therapie des Kropfes.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

Aus dem inhaltreichen klinischen Vortrag seien hier nur folgende Punkte hervorgehoben. Bei der Jodbehandlung ist große Vorsicht geboten, da durch Aufspeicherung von Jod in der Schilddrüse schwere Basedowsymptome auftreten können. Bei Basedowkropf ist das Jod in jeder Form und Anwendung zu verwerfen, ebenso bei jeder Struma, die von Tachykardie begleitet ist. Bei kolloider Umwandlung des Kropfes ist bei Jodbehandlung wenig oder gar keine Aussicht auf Erfolg; fibröse oder cystische Kröpfe verhalten sich vollkommen refraktär. — Der Behandlung mit Röntgenstrahlen möchte Verf. nicht das Wort reden. Sie kompliziert höchstens eine spätere doch nötige Operation.

Die Lokalanästhesie hat bei 166 Kropfoperationen des Jahres 1909 nur einmal bei einem Kinde versagt. Sie wird in der Weise geübt, daß Pat. am Vorabend $^1/_2$—1 g Veronal erhält, am Morgen 1 Stunde vor der Operation 4—7 dmg Skopolamin und 1 cg Morphium. Zur Anästhesierung wird 2%ige Novokainlösung mit Zusatz von Adrenalin verwendet. Die Injektion geschieht subkutan, im Gebieter des Hautschnittes, ohne Überschwemmung des übrigen Operationsfeldes.

Deutschländer (Hamburg).

---

53) Eugen Bircher. Die Organotherapie der postoperativen parathyreopriven Tetanie. (Med. Klinik 1910. p. 1741.)

Bei 1500 Kropfoperationen wurden nur 4—5 Fälle von Tetanie, sämtlich nach regelrechten Resektionen oder Resektionsenukleationen, beobachtet, davon 3 unter den ersten 100 vor 16 Jahren.

Zuletzt zwei Tetaniefälle, nachdem eine Kropfseite nach Porta-Socin operiert worden war. Es konnten ein, höchstens zwei Epithelkörperchen weggefallen sein. Sehr schwere Tetanieerscheinungen. Selbst große Gaben von Schilddrüsentabletten hatten keinerlei Erfolg. Dagegen brachten Nebenschilddrüsentabletten von Freund und Redlich die Tetanieerscheinungen völlig, wenn auch nur nach und nach zum Schwinden. Nach Aussetzen der Parathyreoidinbehandlung blieben die tetanischen Äußerungen fort; die erhaltenen Epithelkörperchen hatten also die volle Leistung übernommen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

54) Matthews. A case of fracture of the thyroid cartilage with prompt recovery. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 11. 1910.)

Ein Geisteskranker von 49 Jahren hatte von einem anderen einen Schlag gegen den Hals erhalten, der einen Vertikalbruch des Kehlkopfs in der Mittellinie mit Krepitation und abnormer Beweglichkeit zur Folge hatte; es trat Heiserkeit auf, aber keine Atemnot.

Es wurde eine Ruhigstellung der Bruchstücke erzielt durch je ein Polster, das auf den Seiten des Kehlkopfs durch Heftpflasterstreifen fixiert wurde.

Am 7. Tage nach Entfernung des Verbandes war völlige Fixation der Bruchstücke festzustellen. W. v. Brunn (Rostock).

---

55) Levinger (München). Multiple Osteome der Luftröhre (klinisch durch direkte Tracheoskopie festgestellt). (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Die Osteome repräsentierten sich als kleine, scharf umschriebene Höcker, die an der Kehlkopfhinterwand und in der Luftröhre saßen. Eine Probeexzision und mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um Knochengeschwülste handelte, die klinisch nicht in Erscheinung traten, einen Nebenbefund darstellten.

Kramer (Glogau).

---

56) H. Fritz. Die akute Osteomyelitis der Rippen. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVIII. Hft. 1. 1910.)

Verf. berichtet aus der v. Bruns'schen Klinik über 12 derartige Fälle, von denen schon 8 in früheren Arbeiten von Fröhner und Trendel verwertet sind. Außerdem hat er aus der Literatur 63 weitere Fälle gesammelt und kommt so auf 75 Fälle von akuter Osteomyelitis der Rippen, die er seiner Besprechung zugrunde legt. Einen guten Anhalt für die relative Seltenheit der Erkrankung der Rippen gibt die mitgeteilte Tatsache, daß in der Tübinger Klinik bei einem Material von 1512 Osteomyelitisfällen die Erkrankung in 1300 Fällen in den langen Röhrenknochen, in 200 in den anderen Knochen und nur in 12 Fällen in den Rippen ihren Sitz hatte!

Auch bei der Rippenosteomyelitis überwiegt die Beteiligung des männlichen Geschlechts. Bezüglich des Alters ist bemerkenswert, daß immerhin in 23 Fällen

(von 75) die Pat. das 20. Lebensjahr überschritten hatten. Ein Zusammenhang der Erkrankung mit Traumen oder vorausgegangenen Infektionskrankheiten war in einer Anzahl der Fälle nachweisbar. Von Infektionserregern — außer dem Staphylokokkus aureus — wurden in seltenen Fällen der Staphylokokkus albus, der Gonokokkus, der Streptokokkus und der Pneumokokkus gefunden, die beiden letzten fast nur bei kleinen Kindern. Was den Sitz des Krankheitsherdes anbelangt, so waren am häufigsten die IV.—VII. Rippe befallen. An der einzelnen Rippe werden als Lieblingssitze der Erkrankung die Gegend der Knorpel-Knochengrenze und die Partie lateral vom Capitulum costae genannt (entsprechend dem Sitz in der Metaphyse bei den langen Röhrenknochen).

In den klinischen Symptomen und dem Verlauf stimmt die Rippenosteomyelitis im allgemeinen mit der der langen Röhrenknochen überein.

Ein peripleuritischer Abszeß, wie er leicht bei Sitz der Erkrankung auf der Hinterseite des Brustkorbes auftritt, kann bei genügender Größe leicht zur Fehldiagnose »Empyem« führen. Dagegen ist Durchbruch in den Pleuraraum sehr selten (nur ein sicherer Fall). Kommt es zur Nekrose, so bilden sich kortikale Sequester, oder es entsteht eine Totalnekrose der Rippe; die Bildung einer richtigen Totenlade ist nur in vier Fällen erwähnt. Eine besondere Stelle nimmt noch die von Röpke beschriebene Rippenknorpelnekrose ein. Diagnostisch kann ein Subpektoral-, ein Axillar-, ein Bauchdeckenabszeß die Diagnose Rippenosteomyelitis erschweren. Prognostisch und therapeutisch gilt das für die Osteomyelitis im allgemeinen Bekannte. —

Zum Schluß bespricht Verf. noch ganz kurz an der Hand der 101 bekannten einschlägigen Fälle die typhöse Rippenosteomyelitis.

Verf. schließt mit der Überzeugung, daß die Osteomyelitis der Rippen doch nicht ganz so selten sei, als gemeinhin angenommen wird; bei genügender Aufmerksamkeit werde gar mancher »Weichteilabszeß am Thorax« und gar manche »Rippencaries« sich als Osteomyelitis entpuppen.

Literaturverzeichnis von 131 Nummern. H. Kolaczek (Tübingen).

---

57) M. Hirschberg (†). Operative Behandlung des Asthmas.
(Sammlung klin. Vorträge Nr. 604.)

Diese letzte wissenschaftliche Arbeit des verstorbenen H. beschäftigt sich eingehend mit einem Falle von schwerem Asthma infolge starker rachitischer Verunstaltung des Brustkorbes, um zu zeigen, daß diese eine viel häufigere Begleiterscheinung des Asthma ist, als bisher angenommen wurde, und einen geeigneten Angriffspunkt für eine wirksame operative Behandlung ihrer Folgen darstellt.

Das 12jährige Mädchen litt seit dem 7. Lebensmonat an plötzlich auftretenden Zuständen von Atemnot, die sich anfangs in Zwischenzeiten von Monaten und Wochen einstellten und 1—3 Tage dauerten, nach dem 6. Lebensjahre aber sich mehr und mehr häuften und länger anhielten. Abgesehen von der sofort in die Augen fallenden Hühnerbrust mit starker Einsenkung der vorderen Brustwand besonders rechterseits, war eine Ursache für das Asthmaleiden nicht nachzuweisen, Herz und Naseninneres gesund. Bei der ersten Operation resezierte H. — subperiostal — je ein 7,5 cm langes Stück der V., VI. und VII. Rippe rechts und erreichte für die nächsten 4 Wochen eine bemerkenswerte Besserung der Anfälle; als aber die Rippen sich aus den Periosthüllen wieder bildeten, trat auch das Asthma erneut auf. Eingehende Literaturstudien über die Thoraxrachitis, die

Kleinheit und Starrheit des Brustkorbes herbeiführt, über die Freund'sche Lehre von der Abhängigkeit bestimmter Formen der Lungenspitzentuberkulose und des Lungenemphysems von Brustkorbanomalien, über die auf ihr beruhenden neuesten Vorschläge zur operativen Behandlung der letzteren usw., veranlaßten H., den Braun'schen Versuchen und Rothschild'schen theoretischen Erwägungen näher zu treten und an Leichen die Bildung eines die Erweiterung des Thoraxraumes bei der Inspiration ermöglichenden neuen Gelenks am Brustbein in der Höhe zwischen II. und IV. Rippenpaar zu studieren. Dabei zeigte sich, daß es genügt, mit dem Meißel eine quere Rinne bis nahe an die hintere Rindenschicht mit Erhaltung der Membrana sterni posterior, aber nicht des Perichondrium anzulegen und dann die hintere Corticalis einzubreehen, oder mit einigen Meißelschlägen zu durchschlagen. Diese Operation führte H. nach solchen Vorbereitungen mit Erfolg bei seiner Pat. aus und machte dann zwecks Erhaltung der Beweglichkeit des neuen Brustbeingelenks täglich mehrmals Übungen an dem Thorax — eine Art Wippen —, die von dem Vater des Mädchens zu Hause kräftig weiter fortgesetzt wurden, um eine möglichst starke Winkelstellung der beiden Brustbeinabschnitte zu erzielen; der Erfolg war ein guter, die Anfälle wurden leichter, das Kind verlor das Krankheitsgefühl und erholte sich vollständig.

Kramer (Glogau).

---

58) **H. Seidel. Fremdkörperextraktion aus der Lunge.** Aus der chir. Abt. des Krankenhauses Dresden-Friedrichstadt. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Der Fremdkörper, ein 2,2 cm langer Nagel mit 0,7 cm breiter Kuppe, war vor 5 Jahren angeblich verschluckt worden, hatte zu Lungen- und Brustfellentzündung geführt, wiederholt Fieberanfälle und Husten mit schließlich übelriechendem Auswurf veranlaßt. Endlich wurde der Nagel durch den Röntgenschirm im oberen Teile des rechten Unterlappenbronchus entdeckt, als bereits schwere Zerstörungen in der rechten Lunge entstanden waren. Die Extraktion gelang nach Anlegung eines Luftröhrenschnitts mittels Bronchoskopia inferior und Zangeneinführung, wonach allmählich Besserung eintrat; zurückgeblieben ist eine mäßig große Lungenhöhle, die aber keine Zeichen von katarrhalischer Reizung oder Sekretstauung aufweist. Kramer (Glogau).

---

59) **G. Spieß (Frankfurt a. M.). Ein Fall von hochgradiger Dyspnoe infolge eines Polypen im rechten Bronchus.** (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 40.)

Der Polyp wurde bei der 47jährigen Pat. nach Ausführung der Tracheotomie durch das in die Wunde eingeführte Bronchoskop entdeckt und mittels einer scharfen Zange abgerissen; er saß neben der Bifurkation im rechten Bronchus. Langsame Besserung; die Aufhellung des gedämpften Bezirkes im Mittellappen der rechten Lunge schreitet nur ganz allmählich vor.

Kramer (Glogau).

---

60) K. Heinrichsen. Über Stich- und Schnittwunden des Thorax nach den Daten des Obuchow-Krankenhauses in St. Petersburg. Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Obuchow-Krankenhauses für Frauen in St. Petersburg. Abteilungschef Dr. J. Grekow. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1910. Nr. 45.)

Auf dem letzten russischen Chirurgenkongreß in St. Petersburg standen sich in Betreff der Stich- und Schnittwunden des Thorax zwei entgegengesetzte Meinungen gegenüber. Während die einen ihre Stimme für eine mehr konservative Behandlung dieser Wunden erhoben, verlangten die anderen eine breite Eröffnung des Pleuraraumes mit Resektion der Rippen. Wir hatten im Obuchow-Krankenhause für Frauen nicht selten zu beobachten die Gelegenheit gehabt, daß Schwerkranke mit Stich- und Schnittwunden des Thorax, wo eine Pleura- und sogar Lungenverletzung angenommen werden mußte (Pneumothorax, Hämoptoe) sich selbst überlassen, ohne operative Hilfe (nur leichter aseptischer Verband) rasch der Genesung entgegengingen. Daraufhin haben wir im Laufe der letzten 5 Jahre die Indikationen zur breiten Eröffnung des Pleuraraumes mit Rippenresektion zwecks genauer Diagnose bestehender Verletzung immer mehr und mehr eingeschränkt. Von den Vertretern der entgegengesetzten Meinung kann uns der Einwand gemacht werden, daß wir das eine und das andere Mal eine Verletzung der Brustorgane wohl übersehen und den richtigen Zeitpunkt für einen chirurgischen Eingriff verpassen könnten. Das Material des Obuchow-Krankenhauses für Frauen spricht jedoch recht beredte Zahlen, daß diese Gefahr nur äußerst gering ist und gleich Null gesetzt werden kann, wenn nur jeder einzelne Fall streng individualisiert wird. Denn bei Möglichkeit einer Herzverletzung, einer Verletzung des Zwerchfells, bei stärkerer äußerer Blutung und wenn zugleich auch eine Verletzung der Bauchorgane angenommen werden muß — gehen auch wir operativ vor. In allen anderen Fällen dagegen kann uns nur eine wachsende Anämie zum operativen Vorgehen bewegen; hier ziehen wir eben das Abwarten einer sofortigen Operation entschieden vor. Und unsere Fälle zeigen jedenfalls, daß wir richtig vorgegangen waren; haben wir doch keine Kranke verloren, deren Tod uns zur Last hätte gelegt werden können. Von unseren 114 Fällen hatten wir es in 63 Fällen (55%) offenbar mit nichtpenetrierenden Verletzungen des Thorax zu tun; 43mal wurde die Wunde breit eröffnet; 71mal nicht erweitert. Penetrierende Verletzungen lagen 51mal vor (25mal in den nicht erweiterten Fällen und 26mal in den erweiterten). Von den 25 nicht erweiterten Fällen waren 6mal Verletzung der Lunge, 1mal Lunge und beide Pleuren, 18mal eine isolierte Pleuraverletzung vorhanden; alle genasen in durchschnittlich 16—26 Tagen. Von den 26 breit eröffneten Fällen endeten 10 tödlich (38,5%). Natürlich hatte es sich hier mit nur wenigen Ausnahmen um schwere Verletzungen gehandelt: 2mal Verletzung des rechten Herzventrikels, darunter in dem einen Falle Mitverletzung der Lunge; 1mal Perikard, Magen und Milz; 1mal Zwerchfell und Leber; 5mal Lunge und 1mal Pleura allein. Hier unter diesen Fällen hatten wir es in einem Falle mit einer geringen Verletzung der Pleura und in 2 Fällen mit ebensolchen Verletzungen der Lunge zu tun. Diese Kranken hätten bei abwartender Therapie genesen können. — Pneumothorax duplex beobachteten wir in zwei Fällen — beide genasen, wobei die nicht operierte Kranke (mit Lungenverletzung) schon am 18. Tage das Hospital verlassen konnte, während die operierte 2 Monate im Hospital verbrachte und eine eitrige Pleuritis durchmachte. In 16 Fällen (breit eröffneten) konnten die Kranken geheilt entlassen werden. Darunter hatten

wir: 6mal eine Verletzung der Pleura allein; 2mal Verletzung der Lunge; 1mal Pleura, Zwerchfell, Leber; 2mal Pleura und Peritoneum; darunter war in einem Falle noch das Colon descendens und durch das Foramen ischiadic. majus auch der Mastdarm mitverletzt; 5mal Zwerchfellverletzung. Von den nicht operierten Kranken haben wir keine verloren.

Auf Grund unserer Fälle gelangen wir zu folgenden Schlüssen:

1) Die Stich- und Schnittwunden des Thorax müssen als infiziert betrachtet werden, bei Erweiterung derselben wird die Infektion von der äußeren Wunde auf die Pleura übertragen. Dieser Umstand muß uns zurückhalten von einer Erweiterung der Wunde in leichteren Fällen.

2) Weil eine genaue Übersicht der Verletzungen der Organe des Brustkorbes eine breite Eröffnung verlangt — eine Operation, die für den Kranken durchaus nicht gleichgültig sein kann —, ist die Operation zu diagnostischen Zwecken kaum statthaft, namentlich weil auch hierbei selbst eine Verletzung der Lungen übersehen werden kann.

3) Eine Erweiterung der Wunde schützt nicht vor Infektion, und daher ist die Operation im Sinne eines Débridement der Wunde kaum zweckentsprechend.

4) Mehr als die Hälfte aller Verletzungen des Thorax waren nicht penetrierend.

5) Geringe Verletzungen der Pleura und sogar der Lunge heilen bei Abwesenheit einer Infektion ohne jegliche Komplikation; um sie aber diagnostizieren zu können, die Verletzungen zu besehen und mit ihnen fertig zu werden, muß mindestens eine Rippe reseziert und die Pleura weit eröffnet werden.

6) Die Mehrzahl der erweiterten Wunden heilt per secundam intentionem, wobei oft die Pleura infiziert wird.

7) Der Verbleib der nicht operierten Kranken beläuft sich durchschnittlich auf 20 Tage, der der operierten auf 70 Tage.

8) Die Stich- und Schnittwunden des Thorax überschreiten selten 2—3 cm und heilen, sich selbst überlassen, rasch und glatt.

Auf Grund des Gesagten halten wir eine Operation bei Verletzungen der Lunge und der Pleura für kontraindiziert. Von den Verletzungen der Lunge unterliegen nur die schweren Fälle einer Operation im Sinne der Verletzung größerer Blutgefäße, wobei hier die Blutung allein maßgebend ist. Die Verletzungen der Pleura als solche unterliegen keiner Operation. Die Resultate beider Methoden sprechen beim Vergleich ganz entschieden für die mehr konservative Methode.

(Selbstbericht.)

---

61) Dorrance. On the treatment of traumatic injuries of the lungs and pleurae. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

D. hat sich bei den zahlreichen Experimenten der künstlichen Atmung bedient in der Weise, daß die Luft durch eine Druckspritze unter Manometerkontrolle in die Luftröhre von Hunden eingeblasen wurde; hierzu benutzte D. die Intubation mit einem elastischen Rohr, an dessen unterem Ende ringsum ein besonderer Gummiballon angebracht war; dieser ließ sich nach Einführung des Rohres durch einen besonderen dünnen Gummischlauch aufblähen, so daß er allseitig der Luftröhrenwand anlag.

Die verschiedensten Verletzungen des Brustfells und der Lungen führte D. aus, auch exzidierte er die eine Lunge der Hunde ganz oder teilweise und hat in vielen derartigen Fällen Heilung erzielt.

Bei der Lungenresektion erwies sich die sorgfältige Naht des Stumpfes besonders notwendig; führte D. nur Ligaturen aus, so gingen die Tiere infolge späteren Abgleitens oder Nachlassen der Unterbindung in der Regel zugrunde.

Photographische Abbildungen zahlreicher von ihm ausgeführter Lungenoperationen an Hunden und von Lungen operierter Tiere, die nach späterer Tötung entnommen wurden und oft kaum noch Spuren der Verletzung aufwiesen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

62) v. Bomhardt. Über die Behandlung von Lungenverletzungen. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Im chirurgischen Spital München l. I. wurden in den letzten 10 Jahren 86 Lungenverletzungen beobachtet, und zwar 42 Schüsse, 35 Stiche und 9 Rupturen. Nach Abrechnung von 4 Fällen, die an Nebenverletzungen tödlich endeten, wurden von den Lungenstichen 29 konservativ, 2 operativ behandelt. Die beiden letzteren wurden geheilt, von ersteren endeten 5 tödlich (17%), 3 an Verblutung, 2 an sekundärer Infektion. Von 42 Schußverletzten starben 8; 1 an Sepsis, 7 an Blutung, meist Folge schwerer primärer Nebenverletzungen. Der einzige operierte Kranke starb. Mortalität 15%. Von 9 Pat. mit Lungenrupturen starben 4, es wurde stets konservativ behandelt. 44% Mortalität. Gesamtmortalität der Lungenverletzungen 27%. v. B. befürwortet im allgemeinen konservative Behandlung und rät zur Operation nur dann, wenn 1) bei schweren primären Blutungen die Zeichen der Anämie sichtlich und rasch zunehmen oder 2) bei sich wiederholenden Blutungen auf Punktion Verschlechterung eintritt und bedrohliche Verdrängungserscheinungen erfolgen. H. Fritz (Tübingen).

---

63) Rudolf Seggel. Zur primären, operativen Therapie der Lungenschüsse. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

S. teilt einen Fall von Lungenschußverletzung aus dem Krankenhaus zu Geestemünde mit, der von ihm durch primäre Operation geheilt wurde (Lungennaht, Drainage, Pleura- und Muskelnaht). Im Anschluß an diesen Fall bespricht er einige der bisherigen Publikationen über die Naht von Lungenwunden. Er ist der Ansicht, daß auch ohne Druckdifferenzverfahren die Pleura sehr wohl primär geschlossen werden kann, und empfiehlt diesen sofortigen luftdichten Verschluß der Pleura mit völliger Naht der Außenwunde. Mit Borchardt ist er der Ansicht, daß nur primäre überreiche Blutungen, Spannungspneumothorax, subakute, andauernde Blutung und schwer infizierte, weit klaffende Wunden die Berechtigung zu einem operativen Eingriff geben.

H. Fritz (Tübingen).

---

64) Eduard Boecker. Zur Kenntnis der primären Lungenkarzinome. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 38.)

Kasuistische Mitteilung. Das Karzinom saß in der rechten Lunge, die Diagnose war im Leben nicht gestellt worden. Sehr ausführliche histologische Beschreibung der Geschwulst. Übersicht über die einschlägige Literatur.

Doering (Göttingen).

XL. Kongreß.

der

Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

1911.

Der vierzigste Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 19.—22. April 1911 in Berlin im Langenbeckhause statt.

Die Herren Mitglieder können im Bureau des Herrn Melzer (Berlin N. 24, Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) am Dienstag, dem 18. April, von vormittags 8 Uhr bis abends 8 Uhr, sowie am Mittwoch, dem 19. April, vormittags von 8 bis 10 Uhr, die gedruckte Tagesordnung, sowie die Mitgliedskarten gegen Erlegung des Jahresbeitrages in Empfang nehmen. Die Mitgliedskarten müssen beim Betreten des Sitzungssaales vorgezeigt werden.

Da am Morgen vor der Eröffnungssitzung der Andrang von Mitgliedern, welche ihre Karte einfordern, sehr groß zu sein pflegt, werden die Herren Mitglieder besonders darauf hingewiesen, daß sie sich die Mitgliedskarten bis zum 10. April bei Herrn Melzer, Berlin N. 24, Ziegelstraße 10/11, vorher bestellen können. Dabei muß der Jahresbeitrag (portofrei und mit Rückporto, Cheks steuerfrei), an Herrn Melzer persönlich adressiert, eingezahlt werden.

Die Eröffnung des Kongresses erfolgt am Mittwoch, dem 19. April, vormittags 10 Uhr, im Langenbeckhause mit einer Feier, dem Andenken an den 100. Geburtstag von Langenbeck's gewidmet. Während der Dauer des Kongresses werden Morgensitzungen von 9—12 1/2 Uhr und Nachmittagssitzungen von 2 bis 4 Uhr abgehalten werden. Als Hauptthemata sind zur Besprechung vorgesehen:

Über freie Transplantationen (Herr Lexer),
Die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes (Herr Küttner),
Morbus Basedow (Herr Kocher),
Coecum mobile (Herr Wilms).

Weiterhin sind Vorträge angemeldet über intravenöse Narkose, über Ulcus duodeni, über die Behandlung der Varicen.

Die Vormittagssitzung am Mittwoch, dem 19. April, sowie die Nachmittagssitzung am Freitag, dem 21. April, sind zugleich Sitzungen der Generalversammlung. In der ersten findet nach § 16 der Statuten die Berichterstattung über die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Geschäftsjahr, über die Finanzlage der Gesellschaft, sowie die Neuwahl bzw. Ergänzung des Ausschusses statt.

In der zweiten Generalversammlung, am Freitag, dem 21. April, nachmittags 2—4 Uhr, erfolgt die Wahl des ersten Vorsitzenden für 1912, ferner wird der Herr Kassenführer den ausführlichen Finanzbericht erstatten, und danach die Entlastung beantragt werden.

Die in den Vorjahren bewährte neue Geschäftsordnung wird auch auf dem diesjährigen Kongreß zur Anwendung kommen. Bei der großen Zahl unserer Mitglieder ist es notwendig, eine gewisse Beschränkung des Materials eintreten zu lassen, insbesondere kann ein Redner nur zu einem größeren Vortrag das Wort erhalten, im übrigen aber nur zur Diskussion sprechen oder kurze Demonstrationen abhalten. Die Herren Mitglieder werden ersucht, diesem Gesichtspunkte Rechnung zu tragen und sich genau an die festgesetzten Bestimmungen zu halten, welche unten folgen.

Die Ankündigung von Vorträgen und Demonstrationen bitte ich bis zum 1. März an meine Adresse gelangen zu lassen mit einer kurzen Inhaltsangabe (§ 2 der Geschäftsordnung) und der genauen Bezeichnung, ob Vortrag oder Demonstration beabsichtigt wird (§ 5 der Geschäftsordnung). Später einlaufende Ankündigungen können nur nach Maßgabe der noch verfügbaren Zeit auf die Tagesordnung gesetzt werden. Alle Herren, die sich an der Diskussion beteiligen wollen, müssen ohne Ausnahme ihren Namen, Vornamen und genaue Adresse auf einen Zettel schreiben, den sie am Vorstandstische erhalten.

Von auswärts kommende Kranke können nach vorheriger Anmeldung in der Kgl. Universitäts-Klinik (Berlin N., Ziegelstr. 5/9) Aufnahme finden. Präparate, Apparate und Instrumente usw. sind mit Angabe ihrer Bestimmung an Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstraße 10/11) zu senden. Derselbe ist auch ermächtigt, Beiträge zum Besten des Langenbeckhauses, Zuwendungen für die Bibliothek, sowie die Jahresbeiträge der Mitglieder entgegen zu nehmen (s. oben). Zur Vermeidung von Irrtümern wird um Aufbewahrung der Quittung bzw. des Postscheines ersucht.

Eine Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Gebrauchsgegenständen zur Krankenpflege ist nach Maßgabe des verfügbaren Raumes und der erfolgenden Anmeldung in Aussicht genommen (Anmeldungen an die Hauskommission des Langenbeckhauses zu Händen des Herrn Melzer).

Der Demonstrationsabend für Röntgenbilder usw. findet am Mittwoch, dem 19. April, abends 8 Uhr, im Langenbeckhause statt.

Anmeldungen zur Aufnahme neuer Mitglieder müssen nach Beschluß der Generalversammlung vom Jahre 1909 an den I. Schriftführer Herrn Körte (Berlin W. 62, Kurfürstenstr. 114) bis zum 5. April eingesandt werden. Die Anmeldung muß die genaue Adresse des Vorgeschlagenen (Name, Titel, Wohnort) enthalten und muß mit der eigenhändigen Unterschrift von drei Mitgliedern der Gesellschaft versehen sein. Formulare zum Zwecke der Aufnahme, welche die Aufnahmebedingungen enthalten, können von Herrn Melzer bezogen werden. Die Aufnahme neuer Mitglieder findet in der Ausschußsitzung am Dienstag, dem 18. April, vormittags, sowie während der Kongreßtage nach Bedürfnis statt. Die am Dienstag aufgenommenen neuen Mitglieder können ihre Mitgliedskarten am Mittwoch, vormittags von 8 Uhr an, bei Herrn Melzer gegen Erlegung des Jahresbeitrages sowie des Eintrittsgeldes in Empfang nehmen. Bei der Aufnahme nichtdeutscher Mitglieder soll womöglich einer der Vorschlagenden ein Landsmann des Vorzuschlagenden sein. Die beiden anderen Vorschlagenden müssen Mitglieder deutscher Zunge sein.

Es wird etwa 4 Wochen vor dem Kongreß eine Übersicht über die bis dahin eingelaufenen Ankündigungen von Vorträgen versandt werden.

Frankfurt a. M.,
Zimmerweg 16,

L. Rehn,
Vorsitzender für das Jahr 1911.

Geschäftsordnung nach Beschluß des Ausschusses vom 5. Januar 1905 und 24. April 1908.

§ 1. Der Vorsitzende setzt die Tagesordnung fest und bestimmt die Zahl und Reihenfolge der Vorträge und Demonstrationen.

§ 2. Die Themata der anzumeldenden Vorträge und Demonstrationen sind dem Vorsitzenden mit kurzer (leserlicher) Inhaltsangabe bis 6 Wochen vor dem Kongreß einzureichen.

§ 3. Der Vorsitzende stellt in der Regel nicht mehr als 70 Vorträge und Demonstrationen auf die Tagesordnung. Ein Überschreiten dieser Zahl ist seinem Ermessen anheimgestellt.

§ 4. Vorträge, deren Inhalt bereits veröffentlicht ist, können nur in Form eines knappen Auszugs oder einer kurzen Demonstration zugelassen werden.

§ 5. Die Vorträge dürfen bis zu 15 Minuten, die Demonstrationen bis zu 5 Minuten dauern. Der Vorsitzende hat das Recht, die Zeit um höchstens 10 Minuten zu verlängern.

§ 6. Die Vorträge werden frei gehalten. Der Vorsitzende kann auf vorherigen Antrag des Vortragenden Ausnahmen von dieser Regel zulassen.

§ 7. Die Reden in der Diskussion dürfen 5 Minuten, oder auf Zulassung des Vorsitzenden einige Minuten länger dauern.

§ 8. Jedes Mitglied soll der Regel nach nur zu einem Vortrage das Wort erhalten. (Beschluß des Ausschusses vom 24. April 1908.)

X. Kongreß
der
Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie
1911.

Der X. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie wird, wie üblich, am Dienstag der Osterwoche, dem 18. April 1911, dem Tage vor der Zusammenkunft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in Berlin im Langenbeckhause, Ziegelstr. 10/11, stattfinden. Die Eröffnung des Kongresses wird vormittags 9 Uhr erfolgen.

Bei genügend darauf bezüglichen Meldungen wird am Dienstag, abends 8 Uhr, eine Sitzung zur Demonstration von Projektionsbildern abgehalten werden.

Vorträge und Mitteilungen bitte ich möglichst bald bei mir anzumelden und eine kurze Inhaltsangabe des Vortrages beifügen zu wollen, die wichtig ist, da danach die Vorträge gruppiert werden sollen. (Vorträge dürfen bis zu 15 Minuten, Demonstrationen bis zu 5 Minuten dauern.) — Die bis spätestens 15. Februar angemeldeten Vorträge werden den Mitgliedern durch Zirkular mitgeteilt werden, damit dieselben sich auf die Diskussion vorbereiten können.

Von auswärts kommende Kranke finden in der Kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Bier, Ziegeletr. 5—9, Aufnahme.

Anmeldungen neuer Mitglieder bitte ich, mit der Unterschrift dreier Mitglieder der Gesellschaft versehen, an mich einzusenden.

Königsberg i. Pr., Januar 1911.

H. Hoeftman,
Vorsitzender für 1911.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 7. Sonnabend, den 18. Februar 1911.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
Direktor: Prof. Dr. Hermann Küttner.

Zur Operation der Blasenektopie bzw. zur Versorgung des Harnleiters nach Blasenexstirpation.

Von

Dr. Karl Spannaus,
Assistenten der Klinik.

In Nr. 46 1910 dieses Blattes gibt Dr. Franz Fink für die Operation der Blasenektopie ein Verfahren an, bei dem der Wurmfortsatz zur Ableitung des Harns aus der geschlossenen Blase nach dem Blinddarm benutzt wird.

Der Harn nimmt demnach seinen Weg durch den ganzen Dickdarmabschnitt, bevor er entleert wird. Der Hauptvorteil dieser Operationsmethode soll, abgesehen von der Kontinenz und Bildung der Blase aus normalem Gewebe, in dem Schutze einer Klappe bestehen, die eine aufsteigende Infektion verhindert, zum mindesten erschwert.

Ähnliches berücksichtigen die Methoden von Goldenberg (Über die Totalexstirpation der Harnblase und die Verlagerung der Ureteren. Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLIV) und von Moskowicz (Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1909, p. 32). Beide schalteten die unterste Ileumschlinge zum Zwecke der Harnaufnahme aus. Das proximale Ileumende wird in das Colon transversum bzw. Colon ascendens eingepflanzt. Über den Erfolg dieses Verfahrens finden sich keine Aufzeichnungen vor.

Die Benutzung der untersten Ileumschlinge als Harnreservoir schien mir infolge der Behinderung der Rückstauung des Kotes ein besseres Resultat als die übrigen Methoden der Blasenplastik zu bieten. Das bestätigten auch die Versuche, die ich nach dieser Richtung hin an Hunden anstellte. Zur Verringerung des Shocks begnügte ich mich in einer ersten Sitzung mit der Anastomosenbildung nach Ausschalten des Ileumstückes. In einer zweiten Sitzung erfolgte die Exstirpation der Blase und die Einpflanzung der Ureteren in das Darmstück. Es fand sich stets frei von Kot, obwohl Colon transversum und descendens reichlich damit angefüllt war. Um der Gefahr der Peritonitis aus dem Wege zu gehen, wurde die Ileumschlinge extraperitoneal an Stelle der exstirpierten Blase gelagert. So wurde auch eine Verlagerung und eventuelle Abknickung der Ureteren vermieden. Leider war es nicht möglich, die Versuchstiere länger als einige Tage zu beobachten, da sie trotz zweizeitigen Operierens stets infolge des schweren Eingriffes zugrunde gingen.

Wir hatten dann Gelegenheit das modifizierte Verfahren in zwei Fällen anzuwenden.

1) 43jähriger Pat. Rezidivierende, die ganze Blase erfüllende Papillome, deren ständige Blutung eine Exstirpation der Blase verlangten. 1. Sitzung: Ausschalten der Ileumschlinge. Anastomose zwischen proximalem Ileumende und Colon transversum. 2. Sitzung: Exstirpation der Blase. Einpflanzen der Harnleiter in das ausgeschaltete extraperitoneal gelagerte Ileumende. Drainage durch die Harnröhre und nach oben.

Verlauf: Der Eingriff wird gut überstanden. Am 3. Tage Stuhl, bräunliche, nach Urin riechende flüssige Mengen. In den nächsten Tagen 2stündlich Stuhlentleerungen, die sich vom 6. Tage an vermindern. Am 10. Tage Urin aus dem Katheter. Dieser Zustand hält ca. 10 Tage an. Dann schließt sich die Fistel, die Urinentleerungen erfolgen mit dem Stuhle. 4 Wochen nach der Operation verläßt der Pat. gegen ärztlichen Willen die Klinik.

2) 40jährige Pat., Polin. Blasenektopie. Oberhalb der rechten Uretermündung auf der Blasenschleimhaut beginnendes Karzinom. Operation in einer Sitzung. Nur ein Ureter. Exstirpation der Blasenfläche bis auf die Uretermgebung. Ausschalten des unteren Ileumendes. Anastomose. Extraperitoneallagerung der Schlinge. Einnähen des Ureters.

Verlauf: Die Operation wird gut überstanden. Vom 2. Tage an ist jedoch die Pat. apathisch und somnolent. Trotz vieler Einläufe und Spülungen erst am 4. Tage Stuhl mit Urinmengen. Der vorher gespannte Leib sinkt ein, bleibt auch in der Folgezeit weich. Puls gespannt, nimmt vom 5. Tage an Spannung ab.

In den nächsten Tagen Stuhl mit Urin. Der Puls wird schlechter, oberflächlicher und kleiner. Am 7. Tage Exitus.

Sektion: Herz, Lungen ohne Besonderheiten. Nur eine Niere mit stark erweitertem Ureter. Keine Pyelonephritis, keine Peritonitis. Coecum und Colon transversum zeigen stärkere Injektion der Gefäße. Geringe Auflagerungen der Schleimhaut. Als Todesursache wird Urämie angenommen.

Der Fall beweist deutlich, daß die Passage des Harns durch den ganzen Dickdarmabschnitt für den Körper nicht gleichgültig ist. Abgesehen von der ungleichen Resorptionsfähigkeit der einzelnen Darmabschnitte mag der größere Weg und der längere Aufenthalt des Urins im Darme eine Resorption der giftigen Harnbestandteile begünstigt haben.

Wichtig ist nun auch das Schicksal des ersten Pat., von dem wir nachträglich erfuhren. Es ging ihm zu Hause 2 Wochen lang gut. Dann setzten plötzlich quälende Diarrhöen ein, denen er erlag. Ob an dem Tode ein Dickdarmkatarrh, durch Zersetzung des Harns hervorgerufen, Schuld trägt oder ob der Tod lediglich durch Vergiftung infolge Resorption der schädlichen Harnbestandteile erfolgt ist, mag ich nicht entscheiden. Eine Sektion ist unterblieben.

Es folgt hieraus, daß vor jedem Verfahren, bei dem der Harn seinen Weg durch den ganzen Dickdarm nehmen muß, zu warnen ist, so günstig auch die Verhältnisse bezüglich der Verminderung der Gefahr der Peritonitis und Pyelonephritis liegen. Will man die schützende Ileocoecalklappe nicht missen, so muß der Harn irgendwie schneller abgeleitet werden.

II.

Zur Behandlung der Ankylosis patellae.

Von

Sanitätsrat Dr. A. Schanz in Dresden.

Entzündungen des Kniegelenks heilen gar nicht so selten aus, indem sie eine feste Verwachsung zwischen den Gelenkflächen der Kniescheibe und des Femur hinterlassen, während zwischen Femur und Tibia eine mehr oder minder große Beweglichkeit übrig bleibt. Wir finden an solchen Gelenken die Möglichkeit, passive Wackelbewegungen auszuführen, während aktive Bewegungen, wenigstens im Sinne der Streckung des Gelenkes, unmöglich sind.

Die Ankylose der Patella bedeutet in diesen Fällen nicht nur den Verlust der Möglichkeit, den Beweglichkeitsrest des Gelenkes auszunutzen, sondern sie gibt auch die Möglichkeit für die Entstehung einer gewissen Beugekontraktur. Das Ligamentum proprium patellae ist ohne funktionelle Verbindung mit der Kniestreckmuskulatur nicht imstande, den Belastungsdruck beim Gehen und Stehen dauernd auszuhalten, es dehnt sich deshalb, und wir bekommen darum in den Fällen der isolierten Ankylosis patellae, auch wenn wir das Gelenk zunächst in voller Stellung zur Heilung gebracht hatten, stets mit der Zeit eine geringere oder größere Beugekontraktur.

Diese beiden hier charakterisierten Momente müssen den Wunsch nach einer Methode zur Lösung der verwachsenen Patella erwecken. Dieser Wunsch besteht seit langem, und es sind verschiedene Versuche zu seiner Erfüllung gemacht worden.

Ich will dieselben nicht aufzählen, ich bin aber sicher, daß man mir nicht widersprechen wird, wenn ich behaupte, daß eine wirklich befriedigende Lösung der Aufgabe bisher nicht veröffentlicht ist. Auch wenn man in der neuerdings von Payr angegebenen Weise die abgesprengte Patella mittels einer eingedrehten Schraube von der Femurfläche abzieht und längere Zeit fernhält, ist doch eine harte, fibröse Verwachsung als Endresultat selbst im günstigsten Falle zu erwarten.

Eine dauernde Lösung der Patella wird man nur erhalten, wenn man zwischen sie und die Femurfläche irgendein Material interponiert, welches beide Knochen voneinander hält und welches eine ausgiebige Verschiebbarkeit dabei gewährleistet.

Ein solches Material haben wir gerade in unserem Falle so nahe und so bequem zu erreichen, daß es wirklich erstaunlich ist, wenn man dasselbe bisher nicht genutzt hat: es sind die präpatellaren Schleimbeutel, die einfach von der Vorderfläche der Kniescheibe auf ihre Rückfläche zu bringen sind.

Ich habe die Operation bisher zweimal ausgeführt; sie ist so einfach, und ihre Resultate haben meine Erwartungen so vollständig bestätigt, daß ich sie danach schon zur allgemeinen Anwendung empfehlen kann.

Die wichtigen Einzelheiten der Operation sind folgende:

Parallel dem Außenrand der Kniescheibe wird ein Längsschnitt geführt, der nach abwärts ziemlich bis an den Rand des Tibiakopfes, nach aufwärts etwas über den oberen Rand der Patella heraufreicht. Der Schnitt geht durch bis auf die Gelenkkapsel, oben bis auf die Muskulatur. Nun wird Haut und Unterhautfettgewebe von der Vorderfläche der Kniescheibe sowie von den oben und unten angrenzenden Teilen abgelöst bis hinüber über den Innenrand der Patella. Es folgt die Absprengung der Kniescheibe und die Glättung der beiden voneinander getrennten Knochenflächen. Nun wird das Unterhautfettgewebe, welches die präpatellaren Schleimbeutel enthält, von der Haut abgelöst. Dies ist technisch die schwierigste Aufgabe, da die Haut recht dünn ist und bei dieser Ablösung leicht einmal durchschnitten werden kann. Ist der Lappen des Unterhautgewebes bis hinüber zu dem Innenrand der Kniescheibe abgelöst, so wird er unter derselben durchgezogen und sein Rand auf der lateralen Seite mit ein paar Klemmen provisorisch fixiert. Liegt alles richtig, so wird der Hautlappen über die Patella herübergeschlagen und die Naht angelegt, bei der man zugleich den Interpositionslappen mitfassen kann, wenn man ihn nicht vorher mit ein paar Silberdrahtnähten festgelegt hat. Damit ist die Operation beendet.

Eine Befürchtung, daß die des unterliegenden Gewebes beraubte Haut nekrotisch werde, braucht man nicht zu hegen; in meinen beiden Fällen ist die Heilung vollständig ungestört vonstatten gegangen.

Auf etwas anderes muß ich aber noch besonders aufmerksam machen. Bei den in Frage kommenden Fällen ist häufig nicht nur die Kniescheibe mit dem Femur verwachsen, sondern auch die an der Kniescheibe ansetzende Muskulatur. Löst man von dieser nicht zum mindesten den Rectus, so wird die Operation zwar zu einer Mobilisation der Kniescheibe führen, aber der Pat. ist trotzdem nicht imstande, die gewonnene Beweglichkeit praktisch auszunutzen.

Man muß deshalb bei der Ablösung des Lappens so weit über die Kniescheibe heraufgehen bis man zwischen Muskulatur und Femur lockeres, nicht narbiges Gewebe findet.

Zur Nachbehandlung ist es notwendig, daß man solchen Knien eine Streck-

stütze gibt, bis die nach der Wundheilung einzuleitende Kräftigungsbehandlung der Kniestreckmuskulatur ein genügendes Resultat erreicht hat.

---

1) Dänische chirurgische Gesellschaft. Januar 1910. (Hospitalstidende 1910. Nr. 40, 47 u. 49. [Dänisch.])

Momburg's Abschnürung.

Helsted berichtet über drei Fälle aus dem Kommunehospital, wo er mit gutem Erfolge und ohne Übelstände die Momburg'sche Schlinge angewandt hat (ausführlich in »Dansk Klinik« 1910, Nr. 3, mitgeteilt): 1) 34jähriges Weib. Blutung aus einem inoperablen Uteruskarzinom mit lebensdrohender Anämie. Die Blutung hörte nach Anlegung der Schlinge auf. Tamponade und Entfernung des Schlauches nach 20 Minuten. 2) 37jähriges Weib. Anhaltende Blutung nach Curettage wegen Abortresten; heiße Spülung erfolglos. Stillung der Blutung durch die Schlinge, die 15 Minuten liegen blieb. 3) 22jähriges Weib. Riß einer Extra-uterin-Schwangerschaft mit äußerst schwerer Anämie. Unmittelbare Anlegung der Schlinge in Trendelenburg's Lage, Kochsalzinfusion, Laparotomie nach üblicher Vorbereitungen bei noch liegender Schlinge. Die Därme lagen fast ganz oberhalb der Schlinge, nur eine kleine, cyanotische Schlinge schaute hervor. Bei Entfernung des Gummischlauches nach beendeter Operation (50 Minuten) eine kurze Respirationspause. Schnelle Erholung in Trendelenburg's Lage. Reaktionsloser Verlauf.

Diskussion: Leop. Meyer hat die Methode wiederholt in seiner obstetrischen Klinik mit gutem Erfolge und ohne Übelstände gebraucht.

Tscherning hat sich in einem der von Helsted referierten Fällen durch eine kleine Inzision am Oberschenkel von dem vollständigen Effekt der Kompression überzeugt.

Diskussion über Ileus und Darmparese nach Laparotomie wegen Peritonitis.

Bauer betont die Prophylaxe durch möglichst frühe Diagnose und Behandlung der Peritonitis. Die internen Kollegen sollten über die Frühsymptome der Peritonitis besser belehrt werden. Die Frage, ob Austupfung oder Ausspülung des Eiters, läßt sich nicht schablonenmäßig beantworten; man muß für jeden Fall individualisieren. Bei begrenzten Eiterherden sei die Tupfung, bei freiem Eiter eine vorsichtige, systematische Spülung (in der Umgebung des primären Herdes begonnen) vorzuziehen. B. ist Anhänger der primären Naht ohne Drainage bei frühen Operationen (bei perforierter Appendix, rupturiertem Pyoovarium oder Pyosalpinx während des 1. oder 2. Tages, bei Ulcus ventriculi und duodeni während der ersten Stunden nach der Perforation). Nur die Hautwunde sollte drainiert werden. Bei bestehender Darmparese legt B. eine Coecalfistel nach Witzel an und glaubt dadurch einige Pat. gerettet zu haben. Bei wiederholtem Erbrechen gibt eine Gastrostomie unmittelbare Erleichterung und ermöglicht den schweren Durst zu löschen; in einigen der Fälle zeigte die Krankheit von der Gastrostomie ab einen günstigen Verlauf, in anderen dauerten die Ileuserscheinungen an.

Rovsing hält es für gefährlich, die Drainage zu verlassen. Die Prognose hänge von der bei der Operation noch unbekannten Art der Infektion ab. Die Drainage schade nicht; nur einmal sah K. nach Drainage mit Gaze in Deckschleier gefährliche Verwachsungen; er hat die Mikulicz'sche Drainage in der Weise

modifiziert, daß er ein gelochtes Säckchen aus Gummistoff anwendet. R. gibt während der 3 ersten Tage nach der Operation Opium, das die Peristaltik nicht lähmt. Bei postoperativem Ileus nie Eventration; Enterotomie mittels Punktion und Schließung der Punkturöffnung oder Appendikostomie geben gute Resultate. Bei diffuser Peritonitis Spülung nur, wenn Magen- oder Darminhalt ausgetreten sind.

Tscherning glaubt, daß Bauer's günstige Erfahrung mit der primären Naht bei Peritonitis in Verbindung mit seinem Materiale stehe: Er bekomme seine Fälle im allgemeinen sehr früh. Nach T. ist die Geneigtheit zu Ileus um so kleiner, je größer die Drainage. Die Darmparase entstehe oft sekundär nach einer Knickung. Bei universeller Peritonitis spült T.

Kraft hebt gegen Tscherning hervor, daß eine primäre Darmparese diagnostiziert werden kann (keine Darmgeräusche oder Schmerzen, Erbrechen nicht in Form Schleimes, Aufstoßens, sondern voluminös). Er hat mehr Ileusfälle bei kleinerer als bei größerer Drainage gesehen. Er lobt das Eserin. Bei vielen und ausgebreiteten Verwachsungen macht er Enterostomie oder Enteroanastomose ohne Eventration. Von der Coecalfistel hat er nur wenig Nutzen gesehen.

Jens Schou: Demonstration einer wegen Sarkoms des unteren Teiles der Ulna operierten Pat. Aufmeißelung des Knochens, Auslöffelung der Geschwulst und Röntgenbehandlung erfolglos. Exstirpation des unteren Drittels der Ulna mit der Geschwulst. Nach $2^3/_4$ Jahren kein Rezidiv; freie Beweglichkeit des Handgelenks und gute Muskelkraft; keine ulnare Deviation.

Diskussion: Kr. Poulsen hat das untere Dritteil der Ulna bei einer komplizierten Fraktur entfernt. Anfangs leichte Deviation, die aber nach 1 Jahr verschwunden war; gute Beweglichkeit der Hand; keine Knochenneubildung.

Jens Schou: Ein Fall von primärem Kapselsarkom des Kniegelenks. 22jähriger Mann; seit 3 Jahren Schmerzen und Krachen des linken Knies. Tumor albus-ähnliche Schwellung; Flexionsstellung 100°; wegen der Schmerzen sehr geringe Beweglichkeit; Muskelatrophie. Röntgen nichts Abnormes. Resektion des Gelenks; die tuberkuloseähnliche Kapselgeschwulst zeigte mikroskopisch Spindelzellensarkom. Rezidiv in den Weichteilen nach einigen Monaten. Amputatio femoris. Metastasen der Beckenorgane.

Die Schmerzen, die Kontraktur und die bedeutende Bewegungseinschränkung und die Atrophie dieses Falles stehen im Gegensatz zu früheren spärlichen Erfahrungen von derselben Krankheit.

Tscherning: Spinale Neurektomie wegen tabischer »Crises gastriques«; mit Demonstration des Pat.

32jähriger Mann. In den letzten Jahren mehrmals Anfälle von Leibschmerzen und Erbrechen. Diagnose unsicher; Verdacht auf tabische Krisen, doch ohne objektive Zeichen. Bei einer Probelaparotomie wurden spastische Kontraktionen des Dünndarms beobachtet. Dieselben hatten je eine Ausdehnung von 3—4 cm und entstanden bald hier, bald dort, teils spontan, teils bei mechanischer Reizung; sie zeigten keine peristaltische Bewegung. Ein atrophischer Proc. vermiformis wurde entfernt, und zahlreiche Verwachsungen in der Umgebung desselben, der Flex. coli dextra und der Gallenblase gelöst. Keine Gallensteine. Die Schmerzen bestanden nach der Operation fort; als auch Steifheit und Ungleichheit der Pupille auftraten, wurde die Foerster'sche Operation ausgeführt. Laminektomie der VII.—XI. Wirbel. Resektion der hinteren Wurzel der VII.—XI. Spinalnerven, welche von einer geleeartigen Substanz umgeben waren. Während des 1. Monats

nach der Operation war Pat. symptomfrei; dann traten die Schmerzen wieder auf, waren aber weiter unten als zuvor lokalisiert.

Diskussion: Kaern erwähnt eine von Schaldemose (Frederiks Hospital) wegen spastischer Paraplegie ausgeführte Foerster'sche Operation. Laminektomie vom XII. Dorsalwirbel bis ins Kreuzbein. Zweizeitige Resektion, der II., III., V. sensitiven Lumbal- und II. Sakralwurzel der rechten, der III. und V. Lumbal- und II. Sakralwurzel der linken Seite. Die Krämpfe wurden bedeutend herabgesetzt, verschwanden aber nicht vollständig. Verschiedene Komplikationen (nicht erwähnt, Ref.) traten auf, könnten aber möglicherweise einer kurze Zeit vor der Operation eingetretenen Gravidität zugeschrieben werden.

Saxtorph: Sutura patellae fractae. Nach einer Zusammenstellung der Fälle des Kommunalhospitals (Abt. I u. V) während der Zeit 1900—1910 empfiehlt S. eine konservative Behandlung für leichtere Fälle, bei mittelschweren und schweren Fällen dagegen die Operation: Naht der Kniescheibe mit Silberdraht, Catgutnaht der Kapsel und der parapatellaren Ligamente. Schlechtes Resultat nur in einem der Fälle (Zahl derselben nicht erwähnt, Ref.).

Diskussion: Tscherning führt eine primäre Arthrotomie nur aus, wenn die Blutansammlung sehr groß ist. Sonst Massage. Er mißt der Diastase der Fragmente keine Bedeutung bei. Eine Zusammenstellung von 19 von dem Arbeiterversicherungsrat seit 1898 begutachteten Fällen zeigt durchschnittlich ein niedrigeres Invaliditätsprozent für die konservativ behandelten Fälle. In einem Falle brach Pat. seine schon wegen einer Fraktur genähte Kniescheibe und wurde diesmal konservativ behandelt, und zwar mit besserem Resultat als das erste Mal. T. operiert nur bei Extensionsinsuffizienz wegen Zerreißung der Seitenbänder, und zwar sekundär; primäre Naht nur in Ausnahmefällen. Ein Fall mit großer Diastase wurde in der Weise sekundär mit gutem Erfolg operiert, daß zwei von den Fragmenten abgesägte, aber am Rande der Diastase noch mit denselben in Verbindung stehende Knochenplatten gegeneinander umgeklappt und genäht wurden. Bei Anwendung des Malgaigne'schen Hakens rotieren die Fragmente um ihre Querachse (Röntgenuntersuchung).

Kr. Poulsen: Der accessorische Streckapparat sei der wichtigste, und die Diastase der Bruchstücke nicht allein entscheidend. Trotz Naht tritt selten knöcherne Verbindung ein; oft bersten die Nähte.

Rovsing operiert frische Fälle nicht; er wendet die Bloch'sche Methode an: Malgaigne's Haken, die in halbmondförmigen Stücken aus poroplastischem Filz ober- und unterhalb der Fragmente befestigt und allmählich zusammengeschraubt werden.

Slomann: Quadricepsplastik. Demonstration einer Pat.

14jähriges Mädchen. Nach akuter Poliomyelitis vor 12 Jahren vollständige Lähmung des Quadriceps und der Adduktoren des linken Oberschenkels, Paralyse des Tibialis ant. und Parese des Ext. dig. comm.; Pes cavus et equinus, starkes Hinken. Redressement des Fußes, plantare Fasciotomie, Verlängerung der Achillessehne und Verkürzung des Tib. post. und der Peronealmuskeln. Überführung der Insertionen des Caput long. bicipitis und Semimembranosus nach der Vorderfläche der Kniescheibe. Fixation 7 Wochen. Jetzt, 2 Jahre nach der Operation, vollständige Extension des Knies mit guter Kraft. Kräftige Flexion bis 45°. Geht ohne Hinken, tanzt, geht eine Treppe mit einem Fuß auf jedem Tritt und ohne Stütze hinauf und herab.

Kr. Poulsen: Cheiloplastik ad modum Stein (Ausfüllung des Lippendefekts mit einer mittels des Prolabiums gestielten Partie der gesunden Lippe und Durchschneidung des Stiels nach der Einheilung). Zwei mit gutem Erfolg operierte Fälle. — Resectio cubiti. Bei Ellbogenresektionen strebt P. nicht primäre Heilung an, weil die Verbindung dadurch schlotterig wird, sondern tamponiert mit Jodoformgaze, zuerst in gestreckter, dann in gebeugter Stellung. Heilung der Wunde in 6—8 Wochen. Dann Appreturbandage während eines Monats, erst danach Bewegungsübungen. Sehr gute Resultate: Flexion bis 45°, Extension bis 135°, Kraft ebenso gut wie dieselbe des anderen Armes. (Die ersten Fälle sind 7 Jahre alt.) G. Nyström (Stockholm).

---

2) Lange und Spitzy. Chirurgie und Orthopädie im Kindesalter.

339 S. Mk. 20,—. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1910.

Das Werk ist als V. Band (erster Ergänzungsband) von »Handbuch der Kinderheilkunde«, herausgegeben von Pfaundler und Schlossmann, erschienen. Als »ein Buch für den praktischen Arzt« geschrieben, dem es »eine möglichst kurze und dabei doch zusammenfassende Aufstellung jener Möglichkeiten, bei denen ein chirurgischer oder orthopädischer Eingriff in den Kreis der ärztlichen Erwägungen zu ziehen ist«, wird es sich aber auch bei den Chirurgen Freunde erwerben.

Die Einteilung des Stoffes nach ätiologischen Gesichtspunkten in die Abschnitte: Allgemeines; I. Angeborene Erkrankungen; II. Störungen in der postfötalen Entwicklung; III. Chirurgische Infektionskrankheiten; IV. Verletzungen; V. Erkrankungen neurogenen Ursprungs; VI. Geschwülste, ist im allgemeinen als zweckmäßig zu bezeichnen.

Verff. haben dem Werke die reichen Erfahrungen zugrunde gelegt, die sie am eigenen großen Material sammeln konnten; so hat die Darstellung einen subjektiven Charakter bekommen, der sie lebhaft und ansprechend gestaltet; abweichende Auffassungen sind gelegentlich erwähnt, wo es notwendig erscheint; außerdem ermöglicht das jedem Abschnitt angefügte Literaturverzeichnis eine leichte Orientierung über die einschlägigen Arbeiten.

Daß die Verff. den orthopädischen Teil in ausgezeichneter Weise bearbeitet haben, war von ihnen zu erwarten; in gleicher Weise sind aber auch die rein chirurgischen Kapitel dargestellt. Mit Recht hebt S., von dem fast das ganze Werk stammt — nur die Kapitel »Verbiegungen der Wirbelsäule« und »Thoraxdeformitäten« hat L. bearbeitet —, immer wieder hervor, daß nur die schonendsten und einfachsten Verfahren in der Chirurgie des Kindesalters anzuwenden sind. Langdauernde Narkosen, breite Eröffnung der Körperhöhlen, Eventrationen geben stets eine schlechte Prognose. Demgemäß wird bei der Darstellung der operativen Eingriffe auf eine Schilderung der verschiedenen Methoden verzichtet, die zumal den weniger Erfahrenen nur verwirren könnte; dafür erfährt aber die Technik der Operationen, die Verf. als zweckmäßig erprobt hat, eine prägnante Schilderung, die zumeist durch ausgezeichnete Abbildungen erläutert ist. So ist, um nur einiges zu erwähnen, die Darstellung der Operation der Hasenscharte und der Gaumenspalte, der Pathologie und Therapie des Leistenbruchs, der Therapie des Empyems der Pleura als mustergültig zu bezeichnen.

Die tuberkulösen Erkrankungen der Knochen und Gelenke gehen uns leider vielfach immer noch zu spät zur Behandlung zu. Wie sie zu behandeln sind und wie auch in vorgeschrittenen Fällen Gipsverband und Bier'sche Stauung aus-

gezeichnete Resultate geben, ist vorzüglich erläutert; die konservativen Verfahren sind auf diesem Gebiete wie vielleicht auf keinem anderen als die leistungsfähigsten allen anderen Methoden vorzuziehen.

Manches Neue bringt die Darstellung des Abschnittes über die Frakturen; insbesondere ist die Anwendung der »Querkreuzschiene« bei der Behandlung des Oberarmbruches im Säuglingsalter meines Wissens noch wenig verbreitet.

Der Abschnitt »Chirurgische Eingriffe bei Erkrankungen neurogenen Ursprungs« behandelt ein Gebiet, das durch die neueren Arbeiten von Spitzy, Stoffel, Förster u. a. zurzeit im Vordergrund unseres Interesses steht; S. bringt hier auf einem seiner Lieblingsgebiete eine klare Darstellung der Untersuchungs- und Operationsmethoden und teilt gute Erfolge mit, die voraussichtlich die Kinderärzte zu einem lebhafteren Zusammengehen mit den Chirurgen anspornen werden.

Ein Sachregister erleichtert die Auffindung der einzelnen Kapitel. — In einer neuen Auflage werden auch einige Druckfehler auszumerzen sein.

Alles in allem: Die Verff. haben ein gutes Werk geliefert, das nicht nur als eine nachgerade notwendige Ergänzung der vorhandenen chirurgischen Lehr- und Handbücher, sondern um seiner selbst willen weiteste Verbreitung verdient und sicherlich auch finden wird. Die äußere Ausstattung des Buches ist sehr gut.

Gümbel (Charlottenburg).

---

3) **G. Müller (Berlin). Die Orthopädie des praktischen Arztes.** 258 S., 151 Textabbildungen. Berlin und Wien, Urban & Schwarzenberg, 1910.

Das vorliegende Buch, das in seinem allgemeinen Teil orthopädische Verbände, Apparate, Gymnastik usw. kurz bespricht, in seinem speziellen Teil die am häufigsten vorkommenden orthopädischen Erkrankungen, bietet in seiner Art nichts Neues.

Zu einer oberflächlichen Orientierung mag es vielleicht genügen, doch für den praktischen Arzt, der sich mit Orthopädie beschäftigen oder — was wohl hauptsächlich in Frage kommt — wenigstens bezüglich Prognose usw. ein klares Urteil sich bilden will, reicht dies Buch nicht aus, das hinter anderen gleichartigen Werken weit zurücksteht und keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit machen kann.

Das orthopädische Kolleg — geschweige die praktische orthopädische Ausbildung zu ersetzen, ist es nicht geeignet.

Die Textabbildungen sind nicht immer instruktiv gewählt.

Kraef (Zittau).

---

4) **Sutton. Sporotrichosis.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV Nr. 12. 1910.)

Eine 30 Jahre alte Frau litt seit 5 Monaten an einer Eiterung der Kuppe des rechten Daumens mit sieben metastatischen Abszessen an Hand, Vorder- und Oberarm bis zum Schultergelenk hinauf.

Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose auf Sporotrichosis.

Jodkali in Dosen von 2—3 g pro die und Umschläge von Jodkalilösung auf die Wundstellen brachte innerhalb 10 Tagen völlige Heilung zustande. Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

5) **Hultgen. Partial gangrene of the left index-finger.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 10. 1910.)

Ein 7 Jahre altes Mädchen, das die Angewohnheit des Fingerkauens hatte, erkrankte an äußerst übelriechender Gangrän des linken Zeigefingers; die Untersuchung erwies, daß es sich um eine Mischinfektion von Bacillus fusiformis und Spirochaete denticola handelte.

In den kariösen Zähnen des Mädchens konnte man dieselben zwei Bakterienarten nachweisen, die ja auch als Erreger der Plaut-Vincent'schen Angina und anderer Affektionen bekannt sind. W. v. Brunn (Rostock).

---

6) **Jensen und Kock (Kopenhagen). Ein Fall von Osteoperiostitis paratyphosa.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem durch die bakteriologische Untersuchung Paratyphusbazillen festgestellt wurden. Pat. hat vor 20 Jahren eine Infektion mit Paratyphus gehabt. Er hat seitdem ständige, bald mehr, bald weniger erhebliche Beschwerden an dem befallenen linken Oberschenkel gehabt. Nach Ansicht der Verff. ist der Fall ein Beispiel dafür, daß sich Paratyphusbazillen in einem lokalen Herde über 20 Jahre infektionsfähig halten können.

Deutschländer (Hamburg).

---

7) **Moss. A cutaneous anaphylactic reaction as a contraindication to the administration of antitoxin.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 9. 1910.)

Nach Injektion irgendwelchen Serums hat man oft die unangenehme Erfahrung gemacht, daß die Behandelten, die teilweise schon vor Monaten, ja vor vielen Jahren mit einem Serum behandelt worden waren, unter leichteren oder auch bisweilen sehr schweren Symptomen erkrankten.

Um sich vor solchen Ereignissen zu schützen, gibt Verf. eine Methode an, bei welcher an der unbehaarten inneren Fläche des Oberarms eine intrakutane Injektion von 0,01 ccm normalen unverdünnten Pferdeserums vorgenommen wird; wenn dann nach 24 Stunden eine 1 bis 2 cm im Durchmesser haltende Entzündungszone auftritt, die in 2 bis 3 Tagen wieder verschwindet, so bedeutet das, daß Pat. noch eine vermehrte Empfindlichkeit für Serum besitzt, und daß demnach eine Kontraindikation für eine neuerliche Serumtherapie besteht.

Von 30 Menschen, an denen Verf. diese Methode erprobte, hatten 9 niemals früher Serum erhalten, bei allen 9 blieb die Reaktion aus; von den übrigen 21 reagierten 10 positiv, darunter solche, die vor Jahren einmal Serum bekommen hatten.

Irgendwelche schädlichen Folgen noch Anstellung der Reaktion wurden nicht beobachtet. W. v. Brunn (Rostock).

---

8) **Hans Burckhardt. Bakteriologische Untersuchungen über chirurgische Tuberkulosen, ein Beitrag zur Frage der Verschiedenheit der Tuberkulose des Menschen und der Tiere.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 1.)

Verf., Assistent der chirurgischen Klinik in Königsberg, hat im hygienischen Institut daselbst Tuberkulosematerial chirurgischer Fälle gründlich bakteriologisch und tierexperimentell studiert. Seine sehr fleißige, umfangreiche Arbeit

gestattet es nicht, im Referat auf Details einzugehen. Wir beschränken uns darauf, mitzuteilen, daß Verf. in seinem Untersuchungsmaterial sowohl Tuberkulose vom Typus humanus wie vom Typus bovinus nachweisen konnte. Das an sich jedenfalls interessierende Schlußfazit seiner Erörterungen geht dahin, daß die Perlsucht des Rindes bei der Erkrankung des Menschen an Tuberkulose nur eine ganz untergeordnete Rolle spielt, und daß die zur Bekämpfung der Tuberkulose verfügbaren Mittel in erster Linie in den Dienst des Kampfes gegen die Ansteckung des Menschen durch den tuberkulösen Menschen gestellt werden müssen. In der Kontroverse Koch versus Behring steht B. also auf Seite Koch's. Sehr interessant sind die beiläufig von B. angeführten Mitteilungen des Prof. Bälz über die Tuberkulose in Japan. Trotzdem in Japan bis vor kurzem das Trinken von Kuhmilch nicht Volkssitte war (die japanischen Kühe geben nur so lange Milch, als ihr Kalb trinkt, auch haben die Japaner Ekel vor Milch), ist doch die Tuberkulose von jeher dort unter den Menschen weit verbreitet gewesen, auch wo die Rinder ganz frei sind. Diese Angaben sind von Kitasato bestätigt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

9) C. Sforza. Tubercolosi e trauma. (Giorn. di med. militare LVIII. Hft. 9. 1910.)

Unter 4000 militärischen Unfällen fanden sich 144 lokale Gelenk- und Knochentuberkulosen als Unfallsfolgen. Der Unfall bestand meist in einer Distorsion oder Kontusion ohne Verletzung der äußeren Bedeckung.

Zur Ergänzung der statistischen Arbeit bringt Verf. eine gedrängte Übersicht über die bisherigen Theorien der posttraumatischen Tuberkulose und kommt zu nachstehenden Schlüssen:

Die Lehre von der posttraumatischen Tuberkulose ist bisher rein empirisch, da die wissenschaftliche, auf experimentelle und anatomische Untersuchungen begründete Basis noch fehlt. In vielen Fällen scheint die kombinierte Infektion eine vorbereitende und unterstützende Wirkung auszuüben. Latente tuberkulöse Herde in Knochen und Gelenken sind häufiger als die bisherigen spärlichen Zufallsbefunde vermuten lassen.

Die Besonderheiten des Militärdienstes können im Fuß- und Kniegelenke eine Prädisposition für die Entstehung lokaler Tuberkulosen auch ohne vorangegangenes Trauma bilden, weshalb alle während des Militärdienstes entstehenden Tuberkulosen als Dienstbeschädigung zu betrachten und zu entschädigen sind.

M. Strauss (Nürnberg).

---

10) G. K. Wiedemann. Über die diagnostische Bedeutung der Reaktion v. Pirquet bei chirurgischer Tuberkulose. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

100 Fälle von Knochen- und Drüsentuberkulose. 14mal volle Kachexie — Reaktion negativ. Von 86 positiven Ausfällen erfolgten letztere 65mal bei Anwendung 5%iger Tuberkulinlösung, 56mal 3%iger und 46mal 1%iger. Je frischer die Erkrankung, desto deutlicher ist die Reaktion.

Schlußsätze: Die positive Reaktion auf 1—3%ige Lösung spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für aktive Tuberkulose. Die negative Reaktion (wobei Kachexie auszuschließen ist) macht aktive Tuberkulose unwahrscheinlich. Die v. Pirquet'sche Reaktion ist immer anwendbar und ungefährlich. Ihre Modifikation nach A. J. Sternberg und E. D. Isserson steht an Empfindlichkeit nur

wenig der Calmette'schen Reaktion nach und kann bei der Diagnose der Tuberkulose überhaupt und speziell der chirurgischen wichtige Dienste leisten.

Gückel (Kirssanow).

---

11) A. Filia (Rom). La reazione meiostagminica nella tubercolosi infantile. (Policlinico, sez. prat. XVII. Hft. 44. 1910.)

In 36 Fällen von Tuberkulose bei Kindern war die Ascoli-Izar'sche Meiostagminreaktion positiv. Darunter waren Fälle von Meningitis und Miliartuberkulose, bei denen die Pirquet'sche Cutisreaktion versagt hatte. 20 Kontrolluntersuchungen bei sonstigen Erkrankungen ergaben ein negatives Resultat.

M. Strauss (Nürnberg).

---

12) Jochmann und Möllers (Berlin). Zur Behandlung der Tuberkulose mit eiweißfreien Tuberkulinpräparaten. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Das von Gordon empfohlene Endotin ist nicht nur den anderen Tuberkulinpräparaten nicht überlegen, sondern bedeutet nach Ansicht der Verff. einen Rückschritt und stellt keineswegs die isolierte spezifische Substanz des Alttuberkulins dar, sondern ist im Gegenteil überaus arm an spezifisch wirksamen Stoffen. Das Koch'sche albumosenfreie Tuberkulin ist in keiner Weise mit dem Endotin auf gleiche Stufe zu stellen.

Deutschländer (Hamburg).

---

13) Sohler. Über Trypsinbehandlung bei chirurgischer Tuberkulose. Aus der chirur. Univ.-Klinik zu Königsberg. Prof. Lexer. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Nach den klinischen Beobachtungen S.'s sind die Trypsininjektionen sehr schmerzhaft und wegen der geringen Haltbarkeit der Lösungen und wegen der Unreinheit der Präparate mit Gefahr verbunden, oft von toxischen Erscheinungen gefolgt. Die Gewebseinschmelzung betrifft an erster Stelle das tuberkulös erkrankte Gewebe, macht aber auch vor dem gesunden nicht halt (Abszeßbildung). Die dadurch bedingte Ablösung des Gelenkknorpels verschlechtert die Aussicht auf Heilung, ebenso wie es die Eiterdurchbrüche in die Weichteile tun. Die Nebenwirkungen des Trypsins, bestehend in lokaler Hyperämie und in dem Reiz auf das Gewebe, werden durch chemische Mittel zum mindesten ebenso gut, schmerzloser und ungefährlicher erzielt.

Kramer (Glogau).

---

14) P. A. Lop. Un cas de guérison de tetanos. Traitement par la méthode Bacelli (acide phéniqué). (Gaz. des hôpitaux 1910. Nr. 107.)

25jähriger Mann erlitt am 3. Mai eine Zermalmung des rechten Daumens und des II. Metacarpale mit Erhaltung des Zeigefingers; starke Beschmutzung mit Schmieröl. Reinigung in Narkose. Am 13. V. sollte operiert werden, als sich morgens herausstellte, daß der Kranke Masseterkrampf und Nackenstarre hatte. Abtragung der beiden ersten Finger samt Metacarpalen. Alle 30 Stunden 6 g Chloral, jeden Abend Morphium, in 4 Tagen 160 ccm Antitoxin. Keine Spur von Besserung; schwerer Tetanus! Am 19. V. abends 10 ccm Bacelli'sche Lösung (große Dosis Karbol) in die Bauchwand. Weiter Chloral und Morphium. Am 21. V. Opistothonus fast verschwunden. Die Injektionen werden fortgesetzt; am 28. V. letzte Karbolinjektion. Seit dem 25. 3 g Chloral und kein Morphium.

In der Rekonvaleszenz überstand Pat. noch eine akute Angina und einen Malariaanfall. Völlige Heilung. — L. konstatiert das völlige Versagen des Antitoxins und rühmt das Karbol in Gemeinschaft mit Chloral und Morphium, die beide für sich allein machtlos sind. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

15) M. M. Magula. Zur Statistik, Verhütung und Behandlung des Tetanus. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Innerhalb 10 Jahren wurden im Obuchowhospital 20 913 traumatische Fälle behandelt; davon erkrankten an Tetanus 33 (= 0,16%). 7 wurden schon früher von Wirssaladze beschrieben. Von den übrigen 26 wurden 7 mit je 10,0 Parke-Davis'schem Serum behandelt (5 †), 19mal wurde keine Serotherapie angewandt (14 †). Unter anderem sah M. Besserung des Allgemeinzustandes nach intravenösen Eingießungen von 1,5 Liter und mehr Kochsalzlösung. — Bis jetzt sind wir in der Verhütung und Therapie des Tetanus noch machtlos.

Gückel (Kirssanow).

---

16) Frankenstein (Köln-Kalk). Kritische Bemerkungen zur Frage der subkutanen Infusionen bei Eklampsie. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Mit Rücksicht auf die Kochsalzschädigungen bei Nierenkranken sind die subkutanen Infusionen physiologischer Kochsalzlösungen aus der Therapie zu streichen. Ihr Ersatz durch intestinale Flüssigkeitszufuhr ist ungenügend, vielmehr müssen sie durch subkutane oder besser intravenöse Injektionen von hypotonischer Kochsalzlösung oder rationeller 4%iger Zuckerlösung ersetzt werden. Bei drohendem oder eingetretenem Herzkollaps ist jede Infusion gefährlich.

Deutschländer (Hamburg).

---

17) Codivilla (Bologna). Über Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Die nach orthopädischen Eingriffen bisweilen sich einstellenden Konvulsionsanfälle sind nicht, wie Schanz will, auf eine Fettembolie zurückzuführen, sondern verdanken vermutlich reflektorischen Vorgängen ihren Ursprung, die durch die allzu große Spannung der Weichteile ausgelöst werden. Nervös belastete, ganz speziell jedoch epileptische und zur Epilepsie prädisponierte Individuen werden von dieser unangenehmen Komplikation besonders bevorzugt. Das beste Mittel ist, die Ursache der reflektorischen Erregung zu beseitigen, d. h. die die Körperteile in Spannung versetzenden Verbände sofort abzunehmen. Bei Epileptikern, überhaupt bei Leuten, welche dem ärztlichen Blick ihren nervösen Habitus verraten, hält C. es für geboten, vorbeugend eine intensive Bromkur vorzunehmen und bei unvermeidlicher Anspannung der Weichteile behutsam und graduell vorzugehen. Deutschländer (Hamburg).

---

18) Torek. Anaesthol poisoning causing acute yellow atrophy of liver after operation for ileocolic intussusception. (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Bei einem Manne wurde in Chloroformnarkose wegen Intussuszeption eine Darmresektion mit nachfolgender Anastomose zwischen Ileum und Colon transversum ausgeführt. Am Morgen des 3. Tages nach der Operation wurde Pat.

unruhig, es trat Gelbsucht, Azetongeruch in der Atemluft ein, der Zustand führte unter den Erscheinungen von Delirium und Stupor zum Tode. Die Obduktion ergab gelbe Leberatrophie. Da sonst nirgendswo ein eitriger Prozeß angetroffen wurde, führte Verf. diese gelbe Leberatrophie auf eine nachträgliche protrahierte Wirkung des Chloroforms zurück. Das gebrauchte Chloroform war sogenanntes Anästhol und setzte sich folgendermaßen zusammen: Äthylchlorid 17%, Chloroform 35,9%, Äther 47,1%. Herhold (Brandenburg).

---

19) Donati. Noti ed osservazioni sulla narcosi con circolazione artificialmente ridotta. (Riforma med. XXVI. Nr. 11.)

Unter 196 Chloroformnarkosen hat D. 71mal den künstlich verkleinerten Kreislauf nach Klapp angewandt. Er schnürte nur die Beine in der Hüftbeuge ab. — Ein Ersparnis an Anästhetikum ließ sich, wie Verf. durch genaues Messen feststellte, nicht erzielen, die Kranken wurden auch nicht eher betäubt als bei vollem Kreislauf. Dagegen wachten sie schneller, oft fast augenblicklich auf, wenn die Binde gelöst wurde. Besonderen Vorteil sah D. bei einem Falle von Chloroformasphyxie. Die bedrohlichen Erscheinungen hörten nach Lösung des Schlauches sofort auf, ohne daß irgendein anderes Mittel gebraucht wurde. Anscheinend brechen die Operierten weniger nach der Klapp'schen Narkose. Trotzdem verwirft Verf. sie, da er dreimal Thrombose an den Venen der unteren Gliedmaßen nach der Umschnürung beobachtete. Er teilt die Fälle auszugsweise mit. Sie wirken nicht überzeugend, da es sich zweimal um Hernienoperationen handelte; außerdem scheint die Zahl der Fälle zu gering, um das Schlußurteil zu rechtfertigen, das Verfahren habe in der Praxis nicht den gehegten Erwartungen entsprochen und bringe mehr Nachteile als Vorteile. Trapp (Riesenburg).

---

20) G. Marcorelli (Jesi). Anestesia generale mediante rachinococainizzazione superiore. (Clin. chir. 1911. Nr. 11.)

Verf. empfiehlt die Rachianästhesie auch für Operationen am Hals und im Gesicht. Er injizierte nach den Regeln von Jonnesco zwischen I. und II. Brustwirbel 8 cg Novokain und $^1/_2$ mg Strychnin; für Lumbalanästhesie brauchte er 5 cg Novokain und $^1/_2$ mg Strychnin. Er hat in 80 derart operierten Fällen gute Resultate gehabt. Stocker jun. (Luzern).

---

21) Köhler. Die intratracheale Insufflation von Meltzer-Neuyork und Kuhn's perorale Intubation; unsere Erfahrungen über die letztere. Aus der chir. Abt. der Magdeburger Krankenanstalt Altstadt. Prof. Dr. Habs. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Das Meltzer'sche Verfahren bedeutet nach K. keine so fundamentale Abweichung von Kuhn's Verfahren, um darauf eine ganz neue Methode, die Insufflation, aufzubauen; die Priorität der Idee kommt Kuhn zu. Die Intubationsnarkose hat sich seit 1907 in dem obengenannten Krankenhause bei allen Operationen der Mund-, Rachen- und Nasenhöhle, sowie an den Lippen glänzend bewährt. Grundsätzlich wurde erst nach eingetretener Narkose intubiert, niemals am wachen Lebenden die Intubation vorgenommen; die Einführung des Tubus erfolgte also im Liegen unter Hervorziehen der Zunge nach vorn und Anwendung des König'schen Mundsperrers. Die Kuhn'sche Speichelpumpe und sein Hörschlauch waren entbehrlich; die Atemzüge des Intubierten blieben deutlich hörbar.

Zur Rachentamponade wurden trockene sterile Mullstreifen benutzt. Eine Schädigung der Stimmbänder oder Kehlkopfschleimhaut durch das Intubationsrohr kam nie vor. Kramer (Glogau).

22) **A. Zeller. Über Cycloform — ein lokales Anästhetikum.** (Med. Klinik 1910. p. 1784.)

Giftwirkung dieses schwer löslichen Esters der Amidobenzoesäure wurde niemals gesehen. Als Streupulver bildet das Cycloform mit dem Wundsafte keinen abschließenden Schorf; es läßt sich leicht abspülen. Zweckmäßiger ist die Salbenform (5 oder 10%ig); Cycloform löst sich in Fett und hat dann noch kräftigere schmerzbetäubende Kraft. Erfolge bei Brandwunden, Fissura ani, schmerzhaften Granulationen, Hautreizungen in der Nähe von Kotfisteln, chronischen Unterschenkelgeschwüren, Entzündungen der Händehaut infolge von Desinfektionsmaßnahmen. Georg Schmidt (Berlin).

23) **O. Gros. Über eine Methode, anästhesierende Wirkung der Lokalanästhetika zu steigern.** Aus dem pharmakol. Institut der Univ. Leipzig. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 39.)

24) **A. Laewen. Über die Verwendung des Novokain in Natriumbikarbonat-Kochsalzlösungen zur lokalen Anästhesie.** (Ibid.)

Der wesentliche Inhalt der G.'schen Untersuchungen ist bereits in einer Originalarbeit L.'s in diesem Blatte 1910, Nr. 20, erwähnt, so daß hier nur noch auf den eigenen Bericht G.'s verwiesen zu werden braucht. Während L. in seiner früheren Abhandlung (s. auch dieses Blatt 1910, Nr. 49) nur über die Verwertbarkeit der G.'schen Lösungen bei der Sakralanästhesie Mitteilungen machte, ist er jetzt auch in der Lage, sie für die lokale Anästhesie zu empfehlen, da die in der chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig mit den hierbei gemachten Erfahrungen sehr günstig waren. Die Novokainbikarbonatlösungen zeigten sich noch in zwei- bis dreimal geringerer Konzentration auf die sensiblen Nervenendigungen wirksam als die Novokainchloride; ihre anästhesierende Kraft wurde durch Aufkochen der Lösungen sogar noch erhöht, ohne daß sich durch die schwach alkalische Reaktion der letzteren die Adrenalineinwirkung abschwächte. Die völlige Leitungsanästhesie tritt nicht nur früher ein, als bei Verwendung des Novokainchlorids, sondern hält auch ganz bedeutend länger an; die Novokainbikarbonate unterbrechen die Leitung der Nervenstämme rascher, als die Chloride. Sind ihre Vorteile für die reine Infiltrationsanästhesie nicht wesentlich, so ergeben sich um so größere für die regionäre Anästhesie. Kramer (Glogau).

25) **Läwen und Sievers. Zur praktischen Anwendung der instrumentellen künstlichen Respiration am Menschen.** Aus der chir. Klinik zu Leipzig. Geheimrat Trendelenburg. (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 43.)

Der von der Firma W. Petzold in Leipzig bisher nur für Tierversuche angefertigte Respirationsapparat ist nach entsprechender Umgestaltung in eine für den Menschen brauchbare Form in der Leipziger chirurgischen Klinik jetzt in einem Falle von vollkommenem Atmungsstillstand infolge übermäßig gesteigerten Hirndrucks angewandt worden; die mit ihm unterhaltene künstliche Atmung vermochte den Kreislauf bei gänzlicher Ausschaltung des Zentralnervensystems

9 Stunden in Gang zu halten. Atmungs- und Pulskurven demonstrieren die Gleichmäßigkeit und Vollkommenheit der künstlichen Atembewegungen und die gleichmäßige Beeinflussung des Blutdruckes. — Da der Apparat auch mit einer Einrichtung für Sauerstoffatmung und Narkose versehen ist, läßt er sich, durch einen Elektromotor in Gang gesetzt, auch zu Narkosen heranziehen; in erster Linie soll er bei der Trendelenburg'schen Operation der Lungenembolie Verwendung finden, außerdem aber zu Wiederbelebungen bei Vergiftungen, die mit Atmungsstillständen einhergehen, ferner bei Vergiftungsformen, die mit tonischen und klonischen Krämpfen der Respirationsmuskulatur verbunden sind (Tetanustoxin, Strychnin). Allerdings erfordert er die vorherige Vornahme des unteren Luftröhrenschnitts und die Einführung der Tamponkanüle, mit der der Luftzufuhrschlauch verbunden wird (doch ist er auch nach dem Kuhn'schen Verfahren mit Tubage zu verwenden); der Apparat funktioniert aber dafür vollständig sicher. Kramer (Glogau).

---

26) Koll (Barmen). Intravenöse Adrenalin-Dauerinfusion. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

Da die diskontinuierliche Anwendung des Adrenalin nur zu einer sehr flüchtigen Blutdrucksteigerung führt, so versuchte Verf. durch Dauerzufuhr von Adrenalin eine gleichmäßige Dauerwirkung auf die Blutdruckkurve herbeizuführen.

Durch Tierversuche gelang es ihm, festzustellen, daß eine kontinuierliche langdauernde intravenöse Adrenalininfusion, die bis zu 3 Stunden ausgedehnt wurde, eine gleichmäßige Blutdrucksteigerung während der ganzen Infusionsdauer erzielte. Ein Nachlassen der Wirkung erfolgte nicht.

Die intravenöse Adrenalinanwendung scheint besonders auf chirurgischen Gebieten ein größeres Indikationsfeld, namentlich bei schweren Herzstörungen während der Narkose, bei schweren langdauernden postoperativen Kollapsen usw., zu besitzen. Allerdings müssen der Anwendungsbereich dieser Methode, die zweckentsprechende Dosierung und die Kontraindikationen erst noch auf Grund weiterer Erfahrungen ausgebildet werden. Deutschländer (Hamburg).

---

27) Georg Frank. Über eine seltene Art von Geschwüren nach Kampfer-Ätherinjektionen. (Med. Klinik 1910. p. 1610.)

In den Unterarm zweier bei Scharlach und bei Gelenkrheumatismus und Herzstörung kollabierender Kranker wurde 10%iger Kampferäther eingespritzt. Es entstanden Gewebsnekrosen, die zu einem außerordentlich hartnäckigen Geschwüre führten. Ob die Ursache chemisch-toxisch oder trophoneurotisch ist, ist unklar. Das Kampferöl ist vorzuziehen. Georg Schmidt (Berlin).

---

28) Azua. Gangrena histerica, seca, en placa y lesiones por simulacion en histericas. (Revista clin. de Madrid 1910. Nr. 3. Febr. 1.)

Mitteilung eines Falles von sicher beobachteter hysterischer Gangrän bei einer 30jährigen Frau. Bei dieser entwickelten sich von Zeit zu Zeit, und zwar besonders, wenn die Periode in der Nähe war, an verschiedenen Stellen des Körpers blaurote runde Hautverfärbungen, welche allmählich im Verlaufe von 3—5 Tagen erst cyanotisch und dann schwarz wurden und eine die ganze Dicke der Haut durchsetzende gangränöse Stelle bildeten. Einige Tage später kam dann ein Schorf zur Ausbildung, welcher das Geschwür demarkierte. Eine Täuschung von

seiten der Pat. erachtet A. in dem vorliegenden Falle aus äußeren Gründen für vollkommen ausgeschlossen. Er führt vergleichsweise zwei weitere Beobachtungen an, bei denen auch ähnliche Erscheinungen bei hysterischen Pat. zur Beobachtung gelangten, bei denen aber nachzuweisen war, daß die Pat. bei sich selbst in irgendeiner Weise das Zustandekommen der Geschwüre veranlaßt hatten.

Stein (Wiesbaden).

---

29) Eduard Melchior. Über die isolierte Tuberkulose der Bauchdecken. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die aus der Küttner'schen Klinik hervorgegangene Arbeit berichtet über vier eigene Fälle von isolierter Bauchdeckentuberkulose, wozu Verf. noch 13 Fälle aus der Literatur gesammelt hat. Nur 5mal war Tuberkulose anderer Organe nachzuweisen. Stets handelte es sich um eine umschriebene Schwellung der Bauchdecken; nur zweimal bestand eine Fistel; sonst war die Haut unverändert. Die teils derben, teils fluktuierenden Geschwülste von Walnuß- bis Faustgröße waren zumeist nur wenig druckempfindlich und wuchsen sehr langsam. Am häufigsten fand sich die Geschwulst im Hypogastrium seitlich der Mittellinie; 10mal wurden Abszesse, 5mal entzündliche Geschwülste nachgewiesen. Wahrscheinlich handelte es sich in allen Fällen um primäre Tuberkulose der seitlichen Bauchmuskeln, zum Teil auch der M. recti, einmal fand sich eine Tuberkulose des subkutanen Fettgewebes. Eine direkte Fortleitung von der Peritonealhöhle her kommt nach M. nicht in Frage. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht von Rippen- oder Beckenkaries fortgeleitete Abszesse, durchgebrochene Bauchkarzinome und Aktinomykose, im Stadium der fungösen Geschwulst die eigentlichen Geschwülste (Desmoide, Sarkome) und Muskelsyphilis. Die Therapie besteht in Exzision, bei fistulösen Abszessen in breiter Spaltung.

H. Fritz (Tübingen).

---

30) Crump. A new oil in the treatment of postoperative abdominal adhesions. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

C. hat zusammen mit Bayles ein Öl hergestellt aus dem Fett des Netzes und der Appendices epiploicae vom Rindvieh; dieses Öl, von neutraler Reaktion und konstant in seiner Zusammensetzung, hat sich ihm in 40 Operationen am Menschen sehr gut bewährt, wo es sich darum handelte, die Entstehung von Verwachsungen in der Bauchhöhle zu verhindern; es wurde dabei in Mengen von 100 bis zu 2000 ccm verwendet.

W. v. Brunn (Rostock).

---

31) Bagley. Intestinal perforation in typhoid fever, with special reference to treatment. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Sieben Pat. mit Perforation typhöser Darmgeschwüre. Drei kamen in extremis mit allgemeiner Peritonitis und starben in kürzester Frist unoperiert. Von den übrigen vier, die operiert wurden, starb der erste, der 14 Stunden nach der Perforation mit ausgesprochener Peritonitis zur Aufnahme gelangte; die anderen drei wurden geheilt, sie wurden $7^1/_2$, 9 und 6 Stunden nach der Perforation operiert, die letztgenannten zwei Pat. vom Verf. selbst.

W. v. Brunn (Rostock).

---

32) Lunckenbein. Erfahrungen aus der Praxis über die Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Verf. empfiehlt aufs wärmste die Spülbehandlung, mit der er erheblich bessere Erfolge erzielte, als mit trockener Austupfung der Bauchhöhle, und gibt praktische Winke über Bauchhöhlendrainage und Nachbehandlung (Kochsalzinfusionen, hohe Darmeinläufe). H. Fritz (Tübingen).

---

33) P. Frascella (Rom). Ricerche batteriologiche sulla flora dell' appendice normale nell uomo vivente. (Policlinico, sez. chir. XVII, 12. 1910.)

Die bakteriologische Untersuchung von zehn gesunden, bei Laparotomien aus anderen Gründen exstirpierten Wurmfortsätzen ergab, daß kein Fortsatz bakterienfrei gefunden wurde. Bakterium coli fand sich in 8 von den 13 untersuchten Fällen; inkonstant wurden Streptokokken, die Bazillen des malignen Ödems, Proteus, Bakterium lactis aerogenes, Diplokokkus pneumoniae (Friedländer), Mikrokokkus tetragenus, Staphylokokkus albus, Enterokokkus Thiercelin, Bacillus mesentericus nachgewiesen.

In zwei Fällen wurden Oxyuren gefunden. Nach einer kurzen Übersicht über die bisher berichteten Tatsachen über die entzündungserregenden Eigenschaften der Oxyuren kommt F. zum Schluß, daß sich aus diesen Tatsachen noch nicht mit Sicherheit schließen lasse, daß Enterozoen als ursächliches Moment bei der Blinddarmentzündung anzusehen sind. Das Gleiche gilt für die oben erwähnten Bakterien, die nur in sonst veränderten Wurmfortsätzen entzündungserregende Eigenschaften ausüben. M. Strauss (Nürnberg).

---

34) Dailey. Total congenital absence of the vermiform appendix. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Bei der Sektion eines 40 Jahre alten Negers, der durch einen Unglücksfall verstorben war und sonst keinerlei Mißbildungen aufwies, zeigte sich ein vollständiger Mangel des Wurmfortsatzes, der auch in der Wand des Blinddarms selbst nicht gefunden werden konnte. Der Serosaüberzug war am Blinddarm überall ganz normal, Verwachsungen fehlten. — Literatur.

W. v. Brunn (Rostock).

---

35) Hürter. Zur Röntgendiagnose von Kotsteinen im Procssus vermiformis. (Zeitschrift für Röntgenkunde 1910. Hft. 12.)

Bei dem Kranken, der wegen dauernder Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend am McBurnay'schen Punkt beobachtet wurde, fanden sich gelegentlich Röntgenuntersuchung des Colon mit Wismuteinlauf links neben dem Blinddarm drei kleine Schatten, die der Stelle der Druckempfindlichkeit entsprachen. Die vorgenommene Operation bestätigte die Diagnose Kotstein.

Trapp (Riesenburg).

---

36) Crouse. Tumors and retention cysts of the appendix. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

Der Wert dieser Publikation besteht darin, daß Verf. hier in einer großen Tabelle sämtliche Fälle von gutartigen Geschwülsten einschließlich Cysten und

bösartigen Geschwülsten des Wurmfortsatzes, die er aus der Literatur sammeln konnte, übersichtlich zusammengestellt hat mit genauer Angabe des Publikationsorgans. Es handelt sich da um 30 Fälle von Cysten, 12 Fälle von gutartigen Geschwülsten anderer Art, 11 Fälle von Sarkom, 55 Fälle von Karzinom, endlich um 2 Fälle von kolossaler Bindegewebshyperplasie um einen entzündeten Wurmfortsatz herum, die eine bösartige Geschwulst vortäuschten. Einer dieser Fälle, genau referiert, ist mit ausgiebiger Resektion des Dünn- und Blinddarms vom Verf. selbst erfolgreich behandelt worden. Ferner beschreibt er einen eigenen Fall von Wurmfortsatztuberkulose. Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

37) B. B. Brandsburg. Zur Frage des primären Appendixkarzinoms. (Charkower med. Journ. Bd. X. Nr. 8. 1910. [Russisch.])

In der Fabrikant'schen Klinik in Charkow wurden drei Fälle operiert. Es handelte sich um zwei Erwachsene und ein 15jähriges Mädchen, die alle mehrfache akute Anfälle von Appendicitis überstanden hatten und unter dieser Diagnose operiert wurden. Die Schilderung der Wurmfortsätze stimmt mit den bisher bekannten durchaus überein. Histologisch handelte es sich um Carcinoma simplex, solide Anhäufungen länglicher indifferenter Zellen mit eingesprengten ausgesprochenen Zylinderepithelzellen. In einem Falle fanden sich vereinzelte mit Zylinderepithel ausgekleidete Drüsengänge.

B. kommt zur Überzeugung, daß das Appendixkarzinom klinisch nicht diagnostizierbar ist, daß aber ein langdauernder, nicht zur Eiterung führender Anfall Verdacht erregen sollte. Man soll bei Exstirpation eines karzinomverdächtigen Wurmfortsatzes möglichst viel vom Mesenteriolum wegnehmen, um die möglicherweise infizierten Lymphbahnen zu beseitigen. In dem Literaturverzeichnis fehlen Milner sowohl wie Konjetzny mit seinen Publikationen aus der Anschütz'schen Klinik.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

38) Jarosky. Großer entzündlicher Bauchdeckentumor im Gefolge von Appendicitis. (Prager med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

3 Monate nach einer unter akuten Erscheinungen aufgetretenen Appendicitis, die nicht zur Perforation, sondern zu einer tiefgreifenden Lymphangitis geführt hatte, kam es zur Ausbildung einer bretthearten, derben Geschwulst der Bauchdecken, die sich über ein großes Gebiet der rechten Unterbauchgegend bis über die Mittellinie erstreckte. Operation zeigt die Bauchdecken eingenommen von derbem schwartigem Gewebe, durchzogen von röhrenförmigen, mit käsignekrotischen Massen gefüllten Gängen. Wurmfortsatz, Netz und ein Teil des Blinddarms waren in die Geschwulst einbezogen. Keine Aktinomykose. Appendektomie, Heilung.

L. Simon (Mannheim).

---

39) Ange Möller. Über die Behandlung des akuten Anfalles der Appendicitis. (Hospitalstidende 1910. Nr. 41. [Dänisch.])

Die Frühoperation wird eifrig befürwortet. M. macht folgende Zusammenstellung von 125 während der Zeit 1. I. 1906 bis 30. VI. 1910 im Amtskrankenhaus Aarhus operierten Fällen:

Alle behandelte Fälle	125,	davon	14 =	11,2% †.
Alle operierte Fälle	106,	»	14 =	13,2% †.
Aufgenommen binnen 48 Stunden .	65,	»	2 =	3,0% †.
Operiert binnen 48 Stunden	51,	»	1 =	1,9% †.

Eine pathologisch-anatomische Zusammenstellung ist von Interesse:

	Entzündung ohne Gangrän	Gangrän ohne Perf.	Gangrän mit Perf.	Kotstein
Operation binnen 48 Stnnden	11	31	9	10
Operiert nach 48 Stunden	3	4	48	13

In 7 Fällen wurde die Operation binnen 12 Stunden nach dem Anfang des Anfalles ausgeführt, und in 4 von diesen 7 lag beginnende Gangrän vor. Der jüngste Pat., ein $2^3/_4$jähriger Knabe, hatte Gangrän mit Perforation schon nach 24 Stunden. G. Nyström (Stockholm).

---

40) Wallace. Appendical intussusception. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Ein 54 Jahre alter Arbeiter hatte in etwa $2^1/_2$ Monaten drei Anfälle von Appendicitis gehabt und kam zur Operation. Dabei fand sich, daß der Wurmfortsatz gut zur Hälfte in den Blinddarm invaginiert war; das invaginierte Stück mit der angrenzenden Blinddarmschleimhaut war gangränös. Blind- und aufsteigender Dickdarm hatten ein auffallend langes Mesenterium.

Exzision des invaginierten Darmfortsatzes samt dem kranken Blinddarmteil, Fixation des Blinddarms am Peritoneum der rechten Beckenschaufel. Heilung.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

41) A. Renner. Chylus als Bruchwasser bei eingeklemmtem Bruch. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

R. berichtet aus der Küttner'schen Klinik über eine auf der Höhe der Verdauung eingetretene Brucheinklemmung; es fanden sich als Bruchinhalt Hoden und Dünndarm; die Lymphgefäße des Darmes und Mesenteriums waren strotzend mit Chylus gefüllt, auch waren Extravasate in der Serosa vorhanden. Als Bruchwasser fanden sich 20 ccm einer milchig aussehenden Flüssigkeit, die sich mikroskopisch wie chemisch als Chylus erwies. H. Fritz (Tübingen).

---

42) A. Passaggi. Strozzamento intestinale retrogrado. (Policlinico, sez. chir. XVII. 10 u. 11.)

In einer ausführlichen Monographie gibt P. zunächst eine geschichtliche Übersicht über die Hernieneinklemmung im allgemeinen und beschreibt dann im besonderen die spezielle Form der retrograden Einklemmung, die erst seit 30 Jahren bekannt ist. Eine kritische Übersicht der einschlägigen Kasuistik ergibt als Wesen der retrograden Inkarzeration einen Bruch mit Symptomen der Darmeinklemmung, bei der die Herniotomie normale oder fast unveränderte Eingeweide zeigt, während die benachbart in der Bauchhöhle gelegenen schwere Einklemmungserscheinungen zeigen. Die Genese der eigenartigen Darmanordnung im Bruchsack und die Mechanik der Einklemmung wird ausführlich geschildert, wobei auf Grund eigener Tierexperimente die Hypothesen Lauenstein's zum Teil widerlegt werden. Verf. nimmt an, daß es zunächst zu einem vollständigen oralen und aboralen Verschluß der retrograden Darmschlinge kommt, wodurch ein Wuchern der Bakterienflora und Meteorismus bedingt werde. Hierdurch wiederum werde der Blutkreislauf in der retrograden Schlinge erschwert, in der es dann zur Thrombose und zum Infarkt mit sekundärer Gangrän komme.

Als Nomenklatur schlägt P. die Bezeichnung Incarceratio adherniaria vor, die das Wesen der Einklemmung besser als andere Namen erklären. Die Diagnose

läßt sich nur in den seltensten Fällen vor der Operation stellen. Therapeutisch kommt möglichst frühzeitige Herniotomie und Unterlassung jeder unnützen Taxis in Frage.

Zehn gute schematische Abbildungen und eine 31 Nummern umfassende Literaturangabe ergänzen die Arbeit, die durch einen selbst beobachteten, ausführlich geschilderten Fall angeregt wurde, bei dem sich der Blinddarm und eine Dünndarmschlinge frei im Bruchsack befanden, während an der Bruchöffnung eine weitere Dünndarmschlinge eingeklemmt war.

M. Strauss (Nürnberg).

---

43) Morton. A case of strangulated femoral hernia (Richter's variety) — enterectomy — lateral anastomosis — recovery. (Glasgow med. journ. 1910. Oktober.)

Littre'sche Hernie bei einem 61 Jahre alten Manne, bemerkenswert deshalb, weil die Inkarzeration nachweislich volle 14 Tage bestanden hatte und Pat. dann unter der Diagnose eines Abszesses der rechten Leistengegend zur Aufnahme kam.

Es gelang, die gangränöse Dünndarmpartie zu resezieren und den Pat. zu heilen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

44) Alwin Ach. Neue Art eines plastischen Bruchpfortenverschlusses bei Cruralhernien. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Nach Besprechung der historischen Entwicklung der Schenkelbruchoperation bringt A. eine neue Operationsmethode, die er für mittelgroße und sehr große Schenkelbrüche sowie für Rezidive empfiehlt. Das wesentliche der Operation besteht darin, daß A. inguinal operiert, d. h. er legt die obere, inguinale Fläche des Lig. Pouparti frei und bindet den Bruchsack nach Reposition des Inhaltes möglichst hoch ab. Nun bildet er aus dem lateralen Teil der Vorderfläche des Oberschenkels einen Lappen der Fascia lata und schlägt ihn über das Lig. Pouparti so nach oben um, daß er den oberen Eingang des Schenkelkanals verschließt und hinter dem horizontalen Schambeinast ins kleine Becken herabhängt. Der Lappen wird am Cooper'schen und Poupart'schen Band durch Nähte fixiert. Schenkelkanal und äußerer Leistenring werden nicht besonders geschlossen. Drei von A. operierte Frauen waren nach 11, bzw. 10 und $5^1/_2$ Monaten rezidiv- und beschwerdefrei.

H. Fritz (Tübingen).

---

45) Wolfgang Denk. Zur Pathologie und Therapie der Brüche der vorderen Bauchwand. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

D. berichtet über 165 Brüche der vorderen Bauchwand, von denen 135 an der v. Eiselsberg'schen Klinik operiert wurden. Hinsichtlich der Ätiologie der Nabelbrüche ist er der Ansicht, daß am häufigsten das Hineinwachsen von präperitonealem Fett in die Fascie die Ursache der Hernienbildung abgibt, und daß erst in zweiter Linie anatomische Anlagen, Spalten, Gefäßdurchtrittsstellen eine Rolle spielen. Bei den epigastrischen Brüchen dagegen scheint die Theorie der anatomischen Anlage zu Recht zu bestehen. Im Trauma sieht D. nur ein auslösendes Moment, das bei vorhandener Disposition den Bruch zutage treten läßt. Ebenso hat der Geburtsakt nur eine unterstützende, keine ätiologische Bedeutung. Die Nabelbrüche machen keine charakteristischen Symptome wie

die epigastrischen Brüche, die vielfach ein Magenleiden vortäuschen mit starker Druckschmerzhaftigkeit an der Stelle der Bruchbildung; die Behandlung ist nur eine operative. Die an der v. Eiselsberg'schen Klinik bevorzugte Operationsmethode ist genauer geschildert. Als Nahtmaterial wird meist Seide verwendet. Bei schwierigeren Fällen begnügte man sich mit der einfachen Pfortennaht. Von den Operierten starben 6, und zwar ausschließlich solche mit Nabelbruch, darunter 4 wegen Einklemmung Operierte. Von 95 Operierten haben 22 ein Rezidiv bekommen. Besonders unzulänglich und zum Rezidiv führend erwies sich die Pfortennaht, namentlich bei großen Brüchen. Unter den anderen Ursachen für die Rezidive sind zu nennen notwendig gewordene Bauchhöhlendrainage, große Nahtspannung der vorderen Rectusscheide und besonders Fadeneiterungen, welch letztere man möglichst durch ausgiebige Verwendung von Catgut zu Ligaturen vermeiden soll. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

46) **Alfred Schönwerth. Über intraherniäre Netztorsion.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

S. berichtet über einen Fall von Leistenbruch, bei dem eine starke Rumpfbeuge beim Billardspiel ein forciertes Durchpressen eines Netzklumpens durch den engen Bruchsackhals ins Skrotum bewirkte. Hierbei entstand eine Netztorsion; ein unrichtig sitzendes Bruchband begünstigte Andauern und Zunahme der Torsion, so daß sich bei der Operation im Leistenkanal ein fünfmal um seine Achse gedrehter Netzstrang fand, an dem unten ein stark gestauter, mit dem Bruchsack verwachsener Netzklumpen hing. Abbinden des Stieles; Radikaloperation nach Bassini, Heilung. H. Fritz (Tübingen).

47) **H. Balduin. Netztorsion.** (Prager med. Wochenschrift 1910. Nr. 45 und 46.)

Ausführliche Aufzählung und Skizzierung der veröffentlichten Fälle von Netztorsionen; in 60 von 78 Fällen handelt es sich um gleichzeitiges Bestehen eines Leistenbruches. Mitteilung eines in der Gießener Frauenklinik beobachteten Falles von Netztorsion: Laparotomie, Resektion des torquierten Netzes, Heilung; auch in diesem Falle bestand keine Hernie. L. Simon (Mannheim).

48) **Wilson and Willis. Pathologic relationship of ulcer and carcinoma of the alimentary canal.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 11. 1910.)

Verff. haben 167 Karzinome der Lippen, 46 des Mundes und der Zunge, 2 der Speiseröhre, 189 des Magens, 15 der Gallenblase, 22 des Wurmfortsatzes, 20 des Blinddarms, 42 des übrigen Dickdarms und 67 des Mastdarms mikroskopisch daraufhin untersucht, ob sich Stellen vorfänden, an denen durch chronisch entzündliche Prozesse aus dem Zusammenhang getrennte Epithelinseln als Grundlage für die Karzinomentwicklung anzusprechen waren. Solche Veränderungen fanden sich bei 30% der Karzinome der Lippen, bei 67% des Magens, bei 33% der Gallenblase, bei 100% des Wurmfortsatzes, bei 10% des Blinddarms, bei 40% des übrigen Dickdarms und bei 3% des Mastdarms. W. v. Brunn (Rostock).

49) Barcley. Gastric radioscop. (Arch. of the roentgen ray Nr. 123.)

Die Magenform, welche wir bei der Röntgenuntersuchung sehen, weicht wesentlich von der des Toten oder Betäubten ab. Auch Untersuchung im Stehen und Liegen gibt sehr verschiedene Gestalt, so daß es nicht leicht ist, eine »Normal«-Form festzustellen. B. selbst hält die »J«-Form für die häufigste. — Beim Einfließen der Wismutmahlzeit gibt es verschiedene Bilder, je nachdem der Magen ganz leer ist und die Wände aneinanderliegen oder schon mit anderem Inhalt gefüllt ist. Im ersteren Falle fließt das Wismut in breitem Strom, im letzteren bilden sich in dem anderen (unsichtbaren) Inhalt dicke Tropfen, die langsamer untersinken. — Verf. bespricht dann die Befunde bei einzelnen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Fehlerquellen. Von Einzelheiten sei noch folgendes hervorgehoben: Bei Pylorusstenose macht B. den chirurgischen Eingriff abhängig von der Verweilzeit der Wismutmahlzeit. Bei 10 Stunden und darunter kann der Kranke meistens noch beschwerdefrei leben unter Anwendung entsprechender Diät; liegt die Mahlzeit trotz medikamentöser und sonstiger Behandlung noch nach 24 Stunden im Magen, so ist der Eingriff angezeigt. Für eine Erkrankung des Duodenum (Geschwür) soll auffällig schnelle Entleerung des Magens und ein jenseits des Pylorus liegender Schatten sprechen, welcher durch die Magenperistaltik nicht beeinflußt wird. Magengeschwüre will B. durch Wismutschatten an ihrem Sitz erkannt haben. Trapp (Riesenburg).

---

50) Herz. The diagnosis of hour glass stomach with the x rays. (Arch. of the roentgen ray Nr. 122.)

Öfters sind Sanduhrmagen diagnostiziert ohne bei der Operation gefunden zu werden und umgekehrt. H. erörtert die Fehlerquellen.

1) Die Untersuchung nur im Liegen und mit zu dünner Wismutaufschwemmung. Sie stürzt zu schnell in den Magen und sammelt sich in der Pylorusgegend an, während links von der Mittellinie unter dem Zwerchfell eine besondere Ansammlung liegt.

2) Funktioneller Sanduhrmagen, der entsteht bei starker Atonie verbunden mit Gastroptose. Die tiefstgelegenen Teile füllen sich, ziehen durch ihre Schwere den Magen zu einem langen Schlauch aus, dessen Wände aufeinanderliegen und nur schmalen Weg übrig lassen. Im oberen Teil kann sich dann ein Trichter bilden.

3) Verziehung des Magens durch ein Geschwür der kleinen Kurvatur, das mit der Leber verwachsen ist. Bei der Füllung wird die große Kurvatur an der Ausdehnung gehindert, gleichsam gerafft.

Dagegen kann kein Sanduhrmagen übersehen werden, wenn der Verbindungsgang zwischen beiden Teilen so eng ist, daß er nur sehr langsam den Inhalt durchläßt. Zunächst füllt sich nur der obere Teil, und wenn man nicht wiederholt, auch nach 6 Stunden noch einmal nachsieht, wird die Veränderung leicht übersehen.

Trapp (Riesenburg).

---

51) Lofaro. Gastrostomie par dédoublement du muscle droit suivant son épaisseur. (Arch. génér. de chir. IV. 10. 1910.)

Beschreibung einer neuen Methode der Gastrostomie, die eine schlußfähige Dauerfistel ergeben soll.

Verf. spaltet den linken Rectus abdominis seiner Dicke nach in zwei Hälften und zieht den hervorgeholten Magenzipfel durch den Spalt, der am äußeren Rectus-

rande durch die Haut geführt wird. Die Basis des Magenzipfels wird am inneren Rectusrande mit dem Bauchfell und der Rectusscheide vernäht. Die Spitze des Zipfels wird an Haut- und Muskelwunde fixiert und dann eröffnet.

An acht Hunden ergab die Operation eine dauernde Fistel, die schlußfähig blieb und auch die Zufuhr von fester Nahrung erlaubte.

M. Strauss (Nürnberg).

---

52) Adolf Schmitt. Zur chirurgischen Behandlung des Magengeschwürs. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

S. berichtet über 62 von ihm operierte Geschwürsfälle (davon 8 Fälle von Ulcus duodeni). Es kommen auf Ulcus ventriculi und Komplikationen (Geschwulst, Perforation, Sanduhrmagen, Verwachsungen) 44 Fälle (12 Männer, 32 Frauen). Behandelt wurden mit Gastroenterostomie 34; davon geheilt 20; gebessert 10, ungeheilt 1, gestorben 3; Gastrolyse 7, davon geheilt 2, gebessert 3, ungeheilt 2; Resektion 2, davon geheilt 2; Tamponade 1, davon gestorben 1. — Von 8 Fällen von Ulcus duodeni (7 Männer, 1 Frau) wurden behandelt mit Gastroenterostomie 7, davon geheilt 3, gebessert 4; Gefäßumstechung 1, davon gestorben 1. Karzinom ex ulcere wurde beobachtet 10mal (6 Männer, 4 Frauen), davon durch Gastroenterostomie 3 gebessert, 4 gestorben; durch Resektion 2 geheilt, 1 gestorben. — Besonders eingehend behandelt S. die Indikationsstellung der einzelnen Eingriffe. Eine prinzipielle Frühoperation des Geschwürs hält er nicht für gerechtfertigt angesichts der guten Erfolge bei der internen Behandlung des unkomplizierten Magengeschwürs. — Absolut angezeigt ist die chirurgische Behandlung 1) bei den häufig sich wiederholenden Blutungen, bei welchen die Einzelblutung das Leben nicht direkt gefährdet, sowie bei wiederholten heftigen Blutungen; 2) bei Durchbruch des Geschwürs in die freie Bauchhöhle und seröse Höhlen, sowie bei Abszessen nach Perforation; 3) bei Pylorusstenosen und Sanduhrmagen höheren Grades; 4) bei Geschwürsgeschwülsten und Ulcus callosum, bei schweren Verwachsungen und Strangbildungen bei Perigastritis, wenn sie starke Beschwerden verursachen, 5) bei Karzinom ex ulcere. — Zu den relativen Indikationen zählt S. 1) einmalige, heftige Blutungen, wenn sich die Geschwürssymptome nicht bald bessern, 2) leichte Grade von Pylorusstenose und Sanduhrmagen, 3) Stauung und Erbrechen infolge von Pylorospasmus, 4) wiederholte Geschwürsrezidive, 5) chronisch gewordene, mit Schmerzen, Dyspepsie, Abmagerung einhergehende oder fortschreitende Geschwüre, 6) Geschwüre, bei denen soziale Momente Beschleunigung der Heilung durch Operation erfordern.

H. Fritz (Tübingen).

---

53) Ludwig Kraft. Beiträge zur Behandlung lebensgefährlicher Magenblutungen. (Hospitalstidende 1910. Nr. 34. [Dänisch.])

In einer kurzen historischen Übersicht der chirurgischen Behandlung des blutenden Magengeschwürs gibt K. aus der Literatur folgende eigene Zusammenstellung der Resultate verschiedener Methoden:

Jejunostomie	6	Fälle,	5† = 83%†.
Gastrotomie	7	»	5† = 71%†.
Gastroenteroanastomose	30	»	14† = 37%†.
Kauterisation	6	»	3† = 50%†.
Exzision	23	»	5† = 22%†.
Ligatur	17	»	3† = 17%†.

Die Überlegenheit der Ligatur geht aus dieser Zusammenstellung mit Evidenz hervor.

In vielen Fällen ist das Geschwür so klein, daß es sogar bei der Sektion schwer zu finden ist; v. Hacker's Symptom, eine diffuse Röte der entsprechenden Serosa, ist nicht konstant: K. fand es nur in zwei von fünf eigenen Fällen. Dagegen sind die Aussichten, ein solches Geschwür zu entdecken, mit Rovsing's Erfindung der direkten Gastroskopie und Diaphanoskopie in eine neue Epoche getreten. K. hat fünf Fälle mit dieser Methode operiert und ist mit derselben sehr zufrieden. Zwar starb ein Pat. durch einen Unfall (Erdschluß des angewandten Stadtstroms, der eine Nekrose nahezu der ganzen Magenwand hervorrief; K. braucht nunmehr Akkumulatorstrom); bei den anderen wurde die Blutung zum Stehen gebracht und Pat. geheilt.

Technik: 1 Stunde vor der Operation subkutane Infusion von 1 Liter Kochsalzlösung. Unmittelbar vor der Operation vollständige Ausspülung des Magens; K. hat dabei eine Vermehrung der Blutung nie gesehen. Laparotomie mit minutiöser Hämostase. Untersuchung des Magens mittels Palpation und Inspektion; Eventration desselben. Inzision — nach Tabaksbeutelnaht — in der Mitte zwischen den beiden Kurvaturen 5 cm von dem Pylorus. Einführung des Gastroskops und Knüpfung der Ligatur, Aufblasen des Magens, Beleuchtung. Dann zuerst Diaphanoskopie: die Gefäße zeichnen sich deutlich ab; wenn das Lig. gastrocolicum dünn ist, kann durch dasselbe auch die Hinterfläche untersucht werden, sonst wird das Ligament gespalten. Eine plötzliche Unterbrechung eines Gefäßes kann der blutenden Stelle entsprechen; in vier von seinen fünf Fällen sah K. am Ende des Gefäßschattens einen kleinen rotbraunen Fleck — ein Blutgerinnsel. Umstechung des Gefäßes durch die Magenwand hindurch 1 cm von dieser Stelle; wenn das Gefäß bei der Umstechung noch blutete, verschwindet sein Schatten peripher von der Umstechungsstelle, bleibt aber, wenn das Gefäß thrombosiert ist. Vor der Ligatur wird die ganze Innenfläche des Magens mit dem Gastroskop untersucht; wenn Geschwüre nahe einem größeren Gefäß liegen, wird auch dieses unterbunden. K. zieht die einfache Ligatur der Extension (Gefahr von kleinen anhaltenden Blutungen der Wundränder) vor.

Die Indikationen sind von dem Allgemeinzustande abhängig. Das Hämoglobinprozent bei akuten Blutungen gibt keinen rationellen Ausdruck der Anämie; denn das Minimum wird erst 3—4 Tage nach der Blutung erreicht.

Bei der Diskussion des Themas in der medizinischen Gesellschaft zu Kopenhagen erwähnt Rovsing, er habe noch keine Gelegenheit gehabt, ein blutendes Magengeschwür mit dem Gastroskop aufzusuchen, habe aber in drei Fällen mit seinem Instrument die Quelle der Blutung im Duodenum gefunden. Das Gastroskop wurde von der Mageninzision durch den Pylorus hineingeführt. Nur in einem Falle, wo das Gefäß schon thrombosiert war, konnte Rovsing dessen Unterbindung ausführen. In den zwei anderen Fällen invaginierte er, nach Inzision des Pylorus, die Duodenalwand und fixierte sie in der Weise, daß sie das Geschwür deckte. G. Nyström (Stockholm).

---

54) C. Pfeiffer (Göppingen). Über Diagnose und Therapie des perforierten Magengeschwürs. (Med. Korr.-Blatt des württembergischen ärztl. Landesverein Bd. LXXX. Nr. 49. 1910.)

Sechs operierte Fälle mit fünf Heilungen. Bei Sitz des Geschwürs in unmittelbarer Nähe des Pylorus (zwei Fälle) wurde zur Geschwürsnaht die Gastro-

enterostomie (posterior retrocolica) hinzugefügt. In einem Falle ergab die mikroskopische Untersuchung der exzidierten Geschwürsränder Karzinom. Die Operation wurde 8, $2^1/_2$, $15^1/_2$, $5^1/_2$, 7 und 3 Stunden nach Eintritt der Perforation vorgenommen. Mohr (Bielefeld).

---

55) **Weinstein. The new test for cancer of the stomach, with suggested improvements.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 13. 1910.)

W. hat mit der Tryptophanreaktion, die von Neubauer und Fischer zuerst empfohlen wurde, Untersuchungen an zahlreichen Pat. angestellt und ist zu der Überzeugung gelangt, daß der positive Ausfall dieser Reaktion mit Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen eines Magenkarzinoms hinweist. Die Reaktion ist allerdings inkonstant, aber nach W.'s Ansicht auch nicht anders als die Widal-sche Probe bei Typhus.

Eine Lösung von Glyzyltryptophan wird zu filtriertem Magensaft zugesetzt und 24 Stunden im Thermostaten belassen; wenn dann die erstere Lösung in Glyzin und Tryptophan gespalten ist, ist die Reaktion positiv.

Ob man eine Frühdiagnose damit stellen kann, weiß W. nicht, da er Frühfälle zu untersuchen keine Gelegenheit hatte. W. v. Brunn (Rostock).

---

56) **T. Tsunoda. Über die Histogenese des multiplen beginnenden Magenkrebses.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. 1910. p. 436.)

T. beobachtete im Hansemann'schen Institut im Rudolf Virchow-Krankenhaus ein dreifaches Magenkarzinom im Fundusteil in der Nähe der großen Kurvatur. Die erste Geschwulst von 20 : 10 mm Größe und 3 mm Dicke zeigte typischen medullären Bau: Polymorphe, eher kugelähnliche, in den Alveolen lose nebeneinanderliegende Zellen mit sehr spärlichem, wenig fibrillärem Stroma, Durchbrechung der Muscularis mucosae durch Krebszellstränge. In der Schleimhautverdickung um das Karzinom »sieht man schon viele karzinomatös veränderte Drüsenzellen«. Die zweite Geschwulst (5 mm im Durchmesser) saß 2 cm von der Hauptgeschwulst auf der Pylorusseite, zeigte den Typus des Zylinderzellenkrebses; die Schleimhaut in der Umgebung verdickt, die Grenze zwischen beiden Geweben nicht scharf, so daß das Drüsenepithel allmählich in die zylinderförmigen Krebszellen überging. Die dritte Geschwulst, $1^1/_2$ mm im Durchmesser, lag $2^1/_2$ cm von der Hauptgeschwulst entfernt auf der Cardiaseite, sehr oberflächlich; die Drüsenzellen lassen gar keine Ähnlichkeit mit den Magendrüsen erkennen, sind rundlich und polymorph. Das Krebsgewebe geht allmählich ohne scharfe Grenze in das umgebende Drüsengewebe über.

Verf. benutzt den vorliegenden Befund, um in einer etwas apodiktischen und in ihrer Kürze eigentlich nur Behauptungen registrierenden Weise gegen die Ribbert'sche Theorie (primäre Epithelversprengung) zugunsten der Hansemann'schen Anschauung (primäre Anaplasie) Front zu machen.

Goebel (Breslau).

---

57) **Scudder. Congenital stenosis of the pylorus.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 3. 1910.)

S. selbst hat 8mal mit Erfolg wegen angeborener Pylorusstenose die Gastroenterostomie gemacht; von diesen 8 Fällen wurden 5 bereits an anderer Stelle

publiziert; die 3 letzten Fälle werden hier zum erstenmal mitgeteilt, ebenso 6 Fälle von anderen amerikanischen Chirurgen, die S. die Publikation derselben überließen, so daß S.'s Ausführungen sich auf 14 erfolgreich operierte Fälle beziehen.

Die Kinder waren im Alter von 2 bis 10$^1/_2$ Wochen; es wurde teils die vordere, teils die hintere Gastroenterostomie angewandt.

S. berichtet dann über das fernere Ergehen der operierten Kinder und demonstriert 9 von ihnen an Photographien. Weiterhin wird das Verhalten der eingeführten Nahrung und ihre Verwertung auf Grund eingehender Untersuchungen der Kinder besprochen. Eine große Anzahl Röntgenaufnahmen nach Wismutmahlzeit demonstrieren den jetzigen Befund des Pylorus und der Anastomose.

W. v. Brunn (Rostock).

---

58) **Karl Maunz. Mechanismus der Magenentleerung bei Magenoperierten.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

M. hat vor dem Röntgenschirme die Magenentleerung bei Operierten geprüft, und zwar nach Gastroenterostomie wegen Magengeschwürs, nach Kocher'scher und Billroth'scher Resektion (Billroth II) und nach Gastroenterostomie mit funktionellem Mißerfolg. Er beschreibt seine Beobachtungen aufs genaueste unter Beifügung von Röntgenpausen.

H. Fritz (Tübingen).

---

59) **Axel Blad. Ulcus duodeni und dessen chirurgische Behandlung.** (Hospitalstidende 1910. Nr. 48. [Dänisch.])

Ausführliche Literaturübersicht und Bericht über 16 Fälle aus Rovsing's Klinik (Frederiks Hospital). Sie betrafen 9 Männer und 7 Weiber. Lokalisation: 14mal im ersten Teil, 2mal im zweiten Teil (in beiden Fällen unterhalb der Papille); in einem Falle war der Boden des Geschwürs von Lebergewebe gebildet, in einem anderen war die Perforation durch das Lig. teres, in einem dritten durch das Pankreas und die Gallenblase gedeckt. Einmal wurde eine von einem Duodenalgeschwür ausgegangene beginnende Kommunikation zwischen Duodenum und Magen nachgewiesen. Komplizierendes Magengeschwür in 2 Fällen. Bei der Operation wurde 8mal eine Dilatation des Magens, 2mal ein ausgeweiteter Pylorus nachgewiesen; in allen diesen Fällen lag ein offenes Geschwür und nicht eine Narbe vor. Die für ein Duodenalgeschwür typischen Schmerzen können nicht allein die Diagnose entscheiden; mehrmals hat die Operation bei solchen Schmerzen ein Magengeschwür oder eine Appendicitis entleert. Die Schmerzen traten in B.'s Material niemals 3—4, sondern höchstens 2 Stunden nach der Mahlzeit auf. Ausgeprägte, durch Speise gemäßigte Schmerzen nur in 2, nächtliche Schmerzen in 4—5 Fällen (sämtlich Retentionsfälle, in 1 Fall kontinuierliche Hypersekretion). Blutung: Hämatemese (stets groß und rezidivierend) in 5, Melaena in 2 und Hämatemese und Melaena in 2 Fällen. Von 7 Fällen, wo die Anamnese keine Blutung ergab, wurden in 2 Fällen Blutspuren im Stuhl nachgewiesen (von 10 untersuchten Fällen gaben 5 positive Blutrektion). 13 Pat. hatten Erbrechen, 8 Verstopfung, 3 abwechselnd Diarrhöe und Verstopfung, 2 periodische Anfälle von Diarrhöe, nur 1 Pat. hatte normalen Stuhl. Periodischer Ikterus in 1 Fall: Gürtelförmiges Geschwür unterhalb der Papille ohne Beeinträchtigung derselben oder des Choledochus; die großen Gallengänge waren doch ausgeweitet, und B. nimmt ein mechanisches Hindernis durch zeitweise auftretendes Ödem und Induration in der

Umgebung des Geschwürs an. Die meisten Fälle zeigten eine ausgesprochene Hyperazidität des Magensaftes, oft mit Hypersekretion verbunden, und eine bedeutende Retention. Untersuchungen nach der Operation zeigen, daß die Hypersekretion ziemlich hartnäckig ist. Dauer: In nicht weniger als 13 von den 16 Fällen betrug die Krankheitsdauer schon 8 oder mehr Jahre, in 4 Fällen mehr als 25 Jahre, in 1 Falle 43 Jahre.

Operative Behandlung: In 10 Fällen wurde eine Gastroenterostomia ant. mit Enteroanastomose ausgeführt: 2 tot (Hemiplegie, Blutung aus der arrodierten A. pancreatico-duodenalis); in 1 Fall Sanduhrmagen; in 1 Fall wegen neuer Blutung nach 2 Jahren Relaparotomie und Resectio pylori mit Unterbindung des blutenden Gefäßes; in 1 Fall Relaparotomie wegen Ulcus pepticum jejuni nach $2^1/_2$ Jahren, in den übrigen 5 Fällen keine Komplikationen.

In 2 Fällen wurde nur eine Gastroenterostomie ohne Enteroanastomose (wegen Schwäche der Pat.) ausgeführt: 1 (chronischer Ikterus) tot bald nach der Operation, in dem anderen Falle nach 3 Jahren wegen neuer Blutung Relaparotomie und Resektion der Pyloruspartie; Tod nach wiederholten Blutungen $^5/_4$ Jahre nach der letzten Operation.

In 1 Fall primäre Resektion des Pylorus mit Unterbindung des blutenden Gefäßes und Gastroenterostomie und Enteroanastomose. Heilung.

In 1 Falle primäre Resektion der Pyloruspartie und eines Stückes des Duodenum mit dem Geschwür, danach direkte Vereinigung des Duodenum mit dem Magen. Nach 20 Tagen Zeichen eines Passagehindernisses; Relaparotomie: Resektionsstelle normal; Gastroenterostomie und Enteroanastomose. Tod an Peritonitis.

In 1 Falle atypische Resektion der Pyloruspartie. Tod nach 3 Tagen durch Blutung aus dem Geschwür. In 1 Falle wurde bei der Operation kein Geschwür gefunden; Tod nach 9 Tagen. Sektion: Ulcus duodeni.

In einigen der gastroenterostomierten Fällen hat B. eine Nachuntersuchung der Magensaftsekretion ausgeführt: In 4 Fällen keine deutliche Veränderung nach 26—38 Tagen, in 1 Falle nach 6 Monaten normale Säurewerte gegen starke Hyperazidität vor der Operation. In 1 Falle Retention unverändert nach 38 Tagen, verschwunden nach $2^1/_2$ Jahren; in 3 anderen Fällen wechselnde Resultate der Untersuchung: 1) keine Retention vor, Retention nach der Operation, 2) Retention weder vor noch nach der Operation, 3) Retention vor der Operation, verschwunden 26 Tage nach derselben.

In 2 Fällen entstand nach der Operation ein Ulcus pepticum jejuni, in 1 Falle war die zu der Gastroenterostomie angewandte Jejunumschlinge nach rechts hinübergezogen, in Verwachsungen eingebettet, und bei der Lösung wurde ein in die Leber perforierendes Ulcus jejuni gefunden und genäht; Heilung. Auch in dem anderen Falle Heilung nach Exzision des Geschwürs.

G. Nyström (Stockholm).

---

60) Ludwig Wechselmann. Polyp und Karzinom im Magen-Darmkanal. (Bruns' Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die aus der chirurgischen Klinik und dem pathologischen Institut zu Breslau hervorgegangene Arbeit bringt die genaue histologische Analyse sechs eigener Fälle und bespricht unter Heranziehung der Literatur in drei Abschnitten Polypen, Polyp und Karzinom und polypöse Karzinome (Adenoma malignum). Besonders interessant ist in Fall 3 das Vorkommen von epidermoidalem Plattenepithel im

Darm, das von W. als Metaplasie gedeutet wird. Die Arbeit kommt zu folgenden Ergebnissen:

Polypen des Magens und des Darmes sind selbständige Neubildungen, hervorgegangen aus fötalen Keimanlagen. Sie entstehen unabhängig von katarrhalischen Affektionen, welche ihrerseits Schleimhautwucherungen ganz anderer Art hervorbringen, die in das Gebiet der Hyperplasien gehören. Die in den Polypen und Karzinomen so zahlreich auftretenden Hyalinkörperchen sind wahrscheinlich Abkömmlinge des reifen und unreifen Bindegewebes. Polypen kombinieren sich häufig mit Karzinomen derart, daß die beiden Tumorarten lokal voneinander getrennt, unabhängig entstanden und gewachsen sind. Polypen haben die Neigung, in 50—60% aller Fälle krebsig zu entarten; besondere Gefahr bieten nach dieser Richtung hin Polypen von größerer Ausdehnung. In diesen Fällen sind die Polypen unabhängig von den Karzinomen entstanden und sind zeitlich ihnen vorangegangen. Handelt es sich um multiple Karzinomanlagen, bei denen man ihre fortschreitende Entwicklung aus Adenomen nachweisen kann, so sind alle diese Karzinome als selbständige Gebilde und nicht als Metastasen von einem einzigen Primärtumor aufzufassen. Metastatische Karzinompolypen zeigen ein grundverschiedenes Wachstum. Das Karzinom entwickelt sich aus einer embryonalen Anlage von versprengten Zellen, die im Verlauf des Wachstums eine mehr oder weniger weitgehende Anaplasie erfahren, bevor sie die spätere Gestalt der wuchernden Karzinomzellen erreichen. Das Bindegewebe verhält sich beim Karzinomwachstum passiv oder reagiert nur entzündlich auf die Epithelwucherung. Die Drüsen wuchern aktiv ohne Mithilfe des Bindegewebes in die Tiefe.

Das Adenoma malignum ist keine selbständige Tumorart, sondern gehört zur Klasse der Adenokarzinome; man muß von einem Adenoma malignum einen streng gewahrten Drüsencharakter verlangen, mit einschichtigem, noch relativ gut entwickeltem Epithel unter Ausschluß jeder soliden Zapfenbildung.

Das Adenoma malignum geht immer aus einem gutartigen Adenom hervor, so wie sein späteres Schicksal stets das Adenokarzinom bzw. das Carcinoma alveolare darstellt. — Eine Abbildung und eine Tafel.

H. Fritz (Tübingen).

---

61) Wood. Gastro-intestinal auto-intoxication and mucous entero-colitis from the viewpoint of surgery. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 3. 1910.)

Als Ursache einer Colitis mucosa und einer außerordentlich oft zu gleicher Zeit bestehenden Magen-Darmstörung mit allgemeinem Übelbefinden ist in einer überaus großen Zahl von Fällen eine chronische Appendicitis nachzuweisen und nachgewiesen worden. Das ging auch aus dem unmittelbaren prompten Erfolg der Exstirpation des Wurmfortsatzes in solchen Fällen hervor. Bisweilen sind auch Frauenleiden als Ursache jener Beschwerden anzusehen.

Daß man vor dem Entschluß zu der Operation zuerst alle Hilfsmittel der Diätetik, der Hygiene und der internen Medikation versuchen soll, ist selbstverständlich.

Zehn eigene besonders instruktive Fälle. W. v. Brunn (Rostock).

---

62) Stavely. Chronic gastromesenteric ileus. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Hft. 3. 1910.)

Der chronische Ileus gastromesentericus ist ein relativ seltenes Vorkommnis. S. hat zwei Fälle beobachtet und operiert.

Der erste Fall betrifft eine Frau von 36 Jahren, die vor 12 Jahren im Anschluß an eine Infektion nach Abort den ersten Anfall des Ileus durchmachte und seit dieser Zeit dauernd an starker Magenerweiterung und Übelsein und Erbrechen litt. In 7 Jahren hatte sie etwa 20 schwere Ileusanfälle überstanden. Verf. fand bei der Laparotomie den Magen und das Duodenum ganz außerordentlich dilatiert, das Jejunum aber kontrahiert und eng; die Ursache war nicht zu ermitteln. Durch Duodenojejunostomie wurde dauernde Heilung erzielt, jetzt seit fast 3 Jahren anhaltend.

Die zweite Pat., eine 37jährige Frau, erkrankte vor 14 Jahren, nach einer Entbindung, unter Erscheinungen der Magendilatation mit äußerst heftigen Schmerzen; auch sie hatte während dieser ganzen Zeit fast dauernd schwer zu leiden. Bei der Operation wurde ein Gallenstein aus der Gallenblase entfernt, die Beschwerden aber nicht beseitigt. Die Ileussymptome sind nur durch einen Lagewechsel, am besten durch die Knie-Ellbogenlage, zu beseitigen. Verf. fand auch hier, daß der Magen und das Duodenum stark gedehnt waren, das Jejunum aber eng war. Er plant auch hier eine Duodenojejunostomie und berichtet kurz über elf ähnliche Fälle aus der Literatur. W. v. Brunn (Rostock).

---

63) **Robert Dax. Über hysterischen Ileus.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

D. berichtet über zwei in der chirurgischen Klinik in München beobachtete Fälle von hysterischem Ileus, die er gemeinsam mit dem von Nordmann veröffentlichten drei Fällen bespricht. H. Fritz (Tübingen).

---

64) **Sharber. Report of a case of intussusception.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 10. 1910.)

Ein 21 Jahre alter Mann mußte in 3 Wochen dreimal laparotomiert werden. Bei dem ersten Eingriff wurde ein 3 Fuß langes gangränöses invaginiertes Stück des Ileum entfernt, bei der zweiten Operation eine darmverengernde Verwachsung durchtrennt und bei der dritten Laparotomie ein $4^1/_2$ Fuß langes invaginiertes Stück des Jejunum reseziert. Die letzte Invagination war durch eine große papillomatöse Geschwulst hervorgerufen worden. Heilung.

W. v. Brunn (Rostock).

---

65) **E. A. Eriksson. Sechs Fälle von Ileus, durch Darmpunktion bzw. Enterotomie erfolgreich behandelt, nebst einigen Worten über die dabei angewandte Operationstechnik.** (Hygiea 1910. Nr. 7. [Schwedisch.])

Ein Fall von Volvulus coeci, coli ascend. et transvers., ein Fall von Hernia cruralis incarcerata mit nach der Spontanreposition und Radikaloperation eintretender Darmparese, ein Fall von Ileus infolge von Koprostase und Verwachsungen zwischen Netz und der vorderen Bauchwand, ein Fall von Ileus mit beginnender Peritonitis durch ein Meckel'sches Divertikel, endlich zwei Fälle von Volvulus flexurae sigm. Alle geheilt.

Die ausgedehnten Därme werden, wo nötig nacheinander, durch Trokarpunktion mit oder ohne nachfolgender Enterotomie entleert; dann werden event. mechanische Hindernisse beseitigt.

Als Vorteile des Verfahrens hebt E. hervor: 1) Kleinerer Bauchschnitt, 2) leichtere Übersicht der Bauchhöhle, 3) keine vollständige Eventration, 4) der

Organismus wird von einer Menge toxischer Stoffe befreit, 5) die Dehnung der Darmwand wird aufgehoben, 6) der Darmparese wird entgegengewirkt, 7) die Reposition der Därme aus der Volvuluslage, deren Einführung in die Bauchhöhle und die Bauchwandnaht werden erleichtert. Für die Naht der Trokar- bzw. Schnittöffnung des Darmes sei wichtig, daß die Öffnung so klein wie es mit einer schnellen Entleerung des Darmes vereinbar ist, gemacht, daß sie an der dicksten Darmwandpartie angelegt und die Naht an leerem Darm ausgeführt werde.

G. Nyström (Stockholm).

---

66) H. Graeve. Drei Fälle von Darmsteinen. (Upsala Läkareför. Förh. Ny. Följd. Bd. XV. Hft. 6 u. 7. [Schwedisch.])

G. berichtet über drei Fälle von Darmsteinen; in einem Falle handelte es sich wahrscheinlich um einen ungewöhnlich harten Koprolith des Proc. vermiformis, da der Stein in einer Abszeßhöhle einer eben operierten Appendicitis gefunden wurde.

In den übrigen zwei Fällen lagen wirkliche Darmsteine vor. 1) 68jähriger Mann. Kindskopfgroße, sehr bewegliche Geschwulst, meistens in der Fossa iliaca lagernd. Verdacht einer Geschwulst des unteren Dünndarmgekröses. Operation: Aus dem Blinddarm wurde ein 620 g schwerer, 11,5 × 9,25 × 8,5 cm großer, schleimgedeckter, braungrauer, höckriger Stein entfernt; äußere Schichten locker, innere Teile sehr fest. Heilung. 2) 24jähriger Mann. Resektion des Blinddarms und angrenzender Darmteile wegen Tuberkulose. Nach einger Zeit Kotfistel der Coecalgegend. Relaparotomie: tuberkulöse Veränderungen des unteren Ileum. Ausschaltung und Anastomose zwischen unterem Ileum und Colon transversum. Tod. Bei der Sektion zeigte sich die Beckenschlinge des Ileum durch Verwachsungen fixiert und durch tuberkulöse Prozesse abwechselnd narbig stenosiert und ulzeriert. In den ulzerösen Ausbuchtungen lagen elf Steine, der größte mehr als walnußgroß, der kleinste kaffeebohnengroß. Ein durchgesägter Stein enthielt ein Bäuschchen von Leinfaden.

Die chemische Untersuchung der Steine zeigte in den beiden Fällen einen Verbrennungsverlust von 23,4 bzw. 31,04%. Rückstand: Kalziumphosphat und Magnesiumsalze.

G. Nyström (Stockholm).

---

67) G. Naumann. Eine Resektion des Coecum bei einem Kolloidcancer. (Göteborgs Läkaresällskaps Förh. Hygiea 1910. Nr. 8. [Schwedisch.])

Der Fall ist insofern von Interesse, als er einen 19jährigen Jüngling betrifft, und als ein für die Anastomose zwischen dem Dünn- und aufsteigenden Dickdarm angewandter Murphyknopf durch eine nach der Operation entstandene Darmfistel außerhalb des Darms gelangte und nach 6 Wochen durch eine bestehende Bauchwandfistel herausgeholt wurde, während unterdessen die Darmfistel sich geschlossen hatte, so daß der Pat. ohne weitere Operation als geheilt entlassen werden konnte. Das Karzinom nahm nur die eine Seite des Blinddarms ein, was die Abwesenheit von Funktionsstörungen des Darmes erklären konnte. Nach $4^1/_2$ Monaten traten Symptome eines Rezidivs ein, und bei einer Relaparotomie 6 Monate nach der ersten Operation war die alte Resektionsstelle in eine große Geschwulst umgewandelt, und disseminierte Karzinomknoten wurden auf dem Bauchfell gefunden. Enteroanastomose.

G. Nyström (Stockholm).

68) H. Miyake. Über ausgedehnte Darmresektion mit einer kurzen Bemerkung über die normale Länge des Jejuno-Ileum bei dem Lebenden. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

M. hat einem Pat. 238 cm Darm reseziert. Dieser Fall hat ihm Veranlassung gegeben zu einer Zusammenstellung dessen, was in der Literatur über ausgedehnte Darmresektionen veröffentlicht ist. Außerdem hat er verschiedene Punkte klarzustellen versucht. Zunächst schien es ihm wichtig, die normale Länge des Jejuno-Ileum am lebenden Menschen zu bestimmen. Unter 14 Messungen fand er in maximo 911 cm, in minimo 550 cm, als Mittel demgemäß 666 cm. Auf 100 cm Körperlänge berechnet er eine Darmlänge von 430 cm. Ferner suchte er bei seinem eigenen Pat. durch Stoffwechseluntersuchungen festzustellen, ob der übrig gebliebene Darmteil für die Funktion der Verdauung genügt. Er fand eine nahezu normale Resorption der Kohlehydrate, doch einen starken Verlust an Stickstoff und Fett. Trotzdem erfreute sich der Operierte dauernder Gesundheit ohne Verlust seines Körpergewichtes. Über die Frage der Zulässigkeitsgrenze der ausgedehnten Darmresektion vermag M. auf Grund seiner Arbeit nichts auszusagen. Man wird einstweilen in praxi gegebenenfalls ohne weiteres Nachsinnen über die erlaubte Grenze den gesamten erkrankten Darm resezieren müssen, wie man das bisher auch getan hat. E. Sigel (Frankfurt a. M.).

---

69) Eduard Melchior. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Fistula ani. (Bruns' Beiträge z. klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Verf. berichtet über 197 Fälle der Küttner'schen Klinik, wobei er besonders eingehend die Frage der Tuberkulose als Ursache der Fistel und der Schlußfähigkeit des durchschnittenen Sphinkters erörtert. Er faßt seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen:

Die wichtigste Ätiologie der Mastdarmfistel bildet die Tuberkulose. An dem Material der Breslauer Klinik ist dieselbe in 61% der Fälle nachweisbar. Diese Ziffer stellt wahrscheinlich aber nur eine Minimalzahl dar. In etwa $^1/_3$ der Fälle handelt es sich bei den Analfisteln um eine — wenigstens klinisch — primäre Tuberkulose. Mit Rücksicht auf diesen Zusammenhang ist daher die Analfistel stets als ein ernster aufzufassendes Leiden zu betrachten. Unter den sonstigen Ursachen der Analfisteln spielt die Entstehung durch Fremdkörper eine gewisse Rolle. Sie können sich ferner gelegentlich im Anschluß an Typhus entwickeln, vielleicht mitunter auch von vereiterten Hämorrhoidalknoten aus. Es liegt kein Grund vor, anzunehmen, daß der Diabetes direkt als Ursache der Mastdarmfistel in Frage kommt. Bei vorliegendem Diabetes handelt es sich wahrscheinlich stets um eine sekundäre Tuberkulose.

Die Mehrzahl der Fisteln verläuft subkutaneo-mukös. Bei der operativen Spaltung derselben wird daher der Sphinkter nicht verletzt. Die Durchschneidung des Sphinkters, wie sie bei Spaltung von tiefer gelegenen Fisteln unvermeidlich ist, hat den Eintritt einer Insuffizienz des Schließmuskels zur Folge. Eine spontane Wiederherstellung der Kontinenz ist auch nach Jahren nicht zu erwarten. Die Durchschneidung des Sphinkters kann daher nur noch ausnahmsweise als berechtigter Eingriff gelten. Bei gewaltsamer Ausführung kann auch nach Sphinkterdehnung dauernde Inkontinenz zurückbleiben. Durch einmalige einfache Spaltung der Fistel ist Heilung in 75% zu erwarten; Rezidive nach bereits eingetretener Heilung sind selten. (In M.'s Statistik 3%.) H. Fritz (Tübingen).

---

70) E. Melchior. Über die Aktinomykose des Mastdarms. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Zwei Fälle von Mastdarmaktinomykose aus der Breslauer Klinik, darunter der einzige bisher bekannte Fall von Dauerheilung. — Im Anschluß hieran unterzieht M. die bisher publizierten Fälle einer kritischen Würdigung. Es ist zu unterscheiden zwischen primärer und sekundärer Mastdarmerkrankung. Die sekundäre Form entsteht fortgeleitet von einem Nachbarorgan, meist nach primärer Aktinomykose des Wurmfortsatzes. Die primären Formen teilt M. in hoch- und tiefsitzende. Die letztere Form stellt ein gut charakterisiertes Krankheitsbild dar, sie ist chirurgisch wirksam anzugreifen, die Prognose daher nicht ganz ungünstig.

Im Verlauf der tiefsitzenden Mastdarmaktinomykose sind klinisch wie prognostisch zwei Stadien zu unterscheiden, das der präproktitischen Abszesse und Fisteln und das der Ausbreitung der Infektion im retroperitonealen Gewebe. Eine wirksame chirurgische Therapie ist nur im ersten Stadium möglich. Die Diagnose desselben ist, wenn die charakteristische brettharte Infiltration fehlt, nur durch den Nachweis der Aktinomyceskörnchen zu stellen. Es ist daher wünschenswert, bei chronischer perinealer Fistelbildung auch an die Möglichkeit der Aktinomykose zu denken.

Bei Ausheilung des Prozesses scheint es durch schwielige Schrumpfung des periproktalen Gewebes leicht zur Bildung von Stenosen zu kommen.

H. Fritz (Tübingen).

---

71) A. Chalier (Lyon). L'opérabilité du cancer du rectum. (Arch. génér. de chir. IV. 10. 1910.)

Die Radikaloperation des Mastdarmkrebses ergibt in 25% aller Fälle Dauerheilung und stellt gleichzeitig die beste Palliativoperation dar, da sie zur Erholung des Pat. führt, dem Stuhl freien Abgang schafft und dem Pat. die Illusion einer wirklichen Heilung gibt. Deshalb soll der Mastdarmkrebs immer operiert und exstirpiert werden, falls er überhaupt noch operabel ist. Kontraindikationen sind durch den allgemeinen und lokalen Befund gegeben. Hohes Alter ist an und für sich noch keine Gegenanzeige gegen die Operation, besonders wenn Herz und Lungen noch gut funktionieren. Kachexie ist nur dann als Kontraindikation zu betrachten, wenn sie stark ausgeprägt und durch Metastasen bedingt ist, die allein eine strikte Gegenanzeige bilden. Duplizität karzinomatöser Degeneration ist an und für sich keine Kontraindikation, die andererseits durch Myokarditis, chronische Bronchitis und Nephritis gegeben ist. Diabetes bildet keine absolute Kontraindikation. In leichten Fällen kann die Operation gewagt werden. Was die lokalen Bedingungen anlangt, so ist lediglich die karzinomatöse Infiltration der Blase und Harnröhre ein Hinderungsgrund für die Operation. Vor dieser sind jedoch wiederholte genaue Untersuchungen event. in Narkose oder nach vorausgegangener Probelaparotomie nötig. Das Mittel der noch operablen Fälle beträgt ungefähr 50% aller beobachteten Fälle. M. Strauss (Nürnberg).

---

72) Papaïoannou. Über Splenektomie nach Milzruptur und Malariafieber. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

P. bringt drei von ihm in der Klinik »Der Heiland« in Athen durch Splenektomie geheilte Fälle von Milzruptur und vervollständigt die Statistiken von

Karstens und Rammstedt durch 23 aus der neueren Literatur gesammelte Fälle. Ferner hat er an Hunden konservative Milzoperationen versucht. Er hat die Überzeugung gewonnen, daß beim Menschen vom technischen Standpunkte aus die exakte Milznaht und sorgfältige Blutstillung sehr schwer ist, besonders wenn der Rest am oberen Pol und auf der äußeren Fläche der Milz liegt; dagegen kommt die Milznaht in Betracht bei Rissen am unteren Milzpol, bei Kapselrissen und bei Fixierung der Milz durch ausgedehnte Verwachsungen. Die exakteste und sicherste Blutstillung bietet die Splenektomie, die bei Verletzung einer Malariamilz stets angezeigt ist. P. empfiehlt einen Medianschnitt, an dessen unterem Ende er einen Querschnitt durch den M. rectus anfügt; er macht erst die Unterbindung des Milzstieles, dann die Auslösung des Organes; hierdurch wird die Blutung erheblich eingeschränkt. Als Folge der Milzexstirpation ergaben sich Verminderung der Erythrocyten und Hyperleukocytose.

Bei der durch Malaria verursachten Milzhypertrophie ist die Exstirpation der Milz angezeigt, wenn sorgfältige medikamentöse Behandlung versagt, vor allem aber bei Wandermilz wegen der Gefahr der Stieldrehung. P. berichtet über 12 Fälle von Exstirpation der Malariamilz, darunter 3 Todesfälle, 9 Heilungen. Bei einigen der letzteren traten später noch Malariaanfälle auf, die auf Chinin bald schwanden. Es ist also durch Splenektomie nicht immer eine radikale Heilung zu erreichen, doch wird der Organismus vom Hauptherd der Malariaparasiten befreit. — Ausführliche Angabe der neueren Literatur und fünf Abbildungen. H. Fritz (Tübingen).

---

73) **Sante Solieri. Über Blutcysten der Milz.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 594.)

Ein von S. operierter 48jähriger Pat., infolge von Malaria mit Milzschwellung behaftet und neuerdings von Fieberanfällen heimgesucht, hatte nach Niesen plötzlichen Schmerz am linken Hypochondrium bekommen und die Empfindung, als ob ihm etwas darin abrisse. Es folgten Zeichen innerer Blutung (Blässe, kalter Schweiß), weiter Appetitlosigkeit, Bauchanschwellung und etwa 2 Monate nach der ersten Krise eine zweite dieser ähnliche. Bei der Aufnahme zeigte der sehr blasse Kranke eine große, bis an das Darmbein reichende, fluktuierende, Atembewegungen machende Geschwulst, die als Milzcyste diagnostiziert wurde. Bei der Operation mittels linkseitigem paramedianem Schnitt war die Spannung der Geschwulst so stark, daß palpatorische Handeinführung nicht möglich war. Die Cyste wurde inzidiert, und danach massenhaft blutige Flüssigkeit entleert. Unterbindung mehrerer Venen der Cystenwand; in der Cystenhöhle etliche Septa und Bindegewebszüge zu tasten. Da Splenektomie wegen Verwachsungen unmöglich, Einnähung der Cystenwand in die Bauchwunde und Nachbehandlung mit Tamponade (Marsupialisation), bei gleichzeitiger Antimalariamedikation. Sehr guter Verlauf. 5 Monate nach der Operation zeigte der bestens erholte Pat. noch eine kleine, wenig nässende Fistel und am unteren Ende der Operationsnarbe eine faustgroße Geschwulst, die als hypertrophischer Milzrest anzusprechen war. Histologische Untersuchung von Teilen der Milzcystenwand zeigte bindegewebige Elemente verschiedener Art, aber keinen Epithelbelag. In der der Krankengeschichte angefügten Allgemeinbesprechung stellt S. 19 Fälle operierter Milzcysten zusammen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, 10mal findet sich traumatische Entstehungsart der Cyste, wozu auch starke Bauchpressenanstrengung bei der Entbindung gerechnet wird. Von drei operativen Behandlungsmethoden,

Splenektomie, Resektion der Cystenwand, Marsupialisation, verdient, wo sie ausführbar, die Splenektomie den Vorzug. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

74) Herrick. Abscess of the liver. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

H. hat als Chefarzt in Ancon am Panamakanal 47 Fälle von tropischem Leberabszeß behandelt.

Er unterscheidet vier Gruppen von Fällen.

Die akut toxischen Leberabszesse kommen einzeln und multipel vor; es handelt sich stets um schwere Fälle, von 14 Kranken starben 8. Von 16 ebenfalls akuten Fällen, aber ohne stark toxische Erscheinungen — man kann diese Fälle mit Malariaerkrankung ihren Symptomen nach bei ungenauer Untersuchung verwechseln — starb einer, 15 genasen. Der Leberabszeß kann von vornherein nur geringe Krankheitserscheinungen machen — subakute Form —; alle 13 Fälle genasen. 4 exquisit chronische Fälle kamen zur Beobachtung, man kann sie als vernachlässigte Fälle bezeichnen, fast stets fieberfrei, aufs äußerste abgemagert, mit riesigen Abszessen von 30—35 cm Durchmesser und mehr; von diesen genasen und starben je zwei.

Durch sorgfältige Untersuchung ist in jedem Falle der Punkt zu bestimmen, wo der Abszeß der Haut am nächsten ist, und hier ist der Abszeß genügend weit zu eröffnen; der Versuch, durch Punktionen mit der Aspirationsnadel ihn aufzusuchen ist nicht statthaft. Handelt es sich um akut toxische Fälle, wo die Lage des Abszesses noch nicht zu bestimmen ist, so ist die Laparotomie zwecks Aufsuchung des Abszesses geboten.

Weiße wurden mehr befallen als Schwarze, die Weißen aus den nordamerikanischen Staaten mehr als die aus Europa. W. v. Brunn (Rostock).

---

75) C. MacLaurin. The clinical manifestations, diagnosis and treatment of hydatid disease of the liver. (Brit. med. journ. 1910. Oktober.)

Unter 420 Fällen von Echinokokken, die an dem Royal Prince Alfred Hospital in Sydney beobachtet worden sind, betrafen 63% die Leber. Dabei überwiegen die Frauen um 13%. Auf 132 Fälle, die Verf.s Arbeit zugrunde liegen, kommen 156 Cysten; davon 137 im rechten Leberlappen. Verf. bespricht die allgemeinen und örtlichen Zeichen, die Geschwulstbildung, den Schmerz, die Wachstumsgeschwindigkeit und die Störungen des Magen-Darmkanals. Das Hydatidenschwirren beobachtete er nur 8mal, gleich $5^1/_2$%, und nur eine dieser Cysten enthielt Tochterblasen. Es kommt zustande bei dünnwandigen, mäßig gespannten Cysten, die sich mehr zur Bauchhöhle hin entwickeln. Die Anwesenheit von Tochterblasen hat nichts damit zu tun. Gelbsucht kam 14mal, ein urtikariaähnliches, zuweilen auch scharlachartiges Exanthem kam in 10% der Fälle vor. Besonders gern tritt das Exanthem nach Operationen ein, aber auch beim Platzen der Cyste und Resorption, wenn auch ganz geringer Mengen. Vereiterung der Cysten, meist durch Colibazillen, beobachtete Verf. in 14% aller operierten Fälle, meist nach geringem Trauma. Bei 10% der Operierten war Berstung der Cyste festzustellen, meist nach Trauma, das nur recht gering zu sein brauchte. Die Berstung ist die schwerste Komplikation und meist nach kürzerer oder längerer Zeit tödlich durch akute Peritonitis oder peritoneale Infektion durch Skolices. In gesunden Cysten fand Verf. niemals Tochterblasen. Er vermutet daher, daß das Absterben der

Mutterblase eine Vorbedingung zu ihrer Entwicklung ist. Die Präzipitinreaktion ist bindend für Echinokokkusblasen bei positivem Ausfall, aber nicht bei negativem. Die unmittelbare Sterblichkeit der Lebercysten ist in seinem Krankenhaus im Laufe der Jahre von 6 bis auf 1 und 2% heruntergegangen, aber zur endgültigen Heilung ist eine 5jährige Beobachtung notwendig, da oft später sekundäre, zum Tode führende Cystenbildung eintritt.

Nur die operative Behandlung kommt heutzutage noch in Frage. Verf. empfiehlt die Marsupialisation und beschreibt seine Methode der Operation sehr genau. Mit zunehmender Erfahrung wird man die Operation von hinten, meist durch die Pleura, vorziehen. Weber (Dresden).

---

76) **Frank. A new method for operations upon the liver.** (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. Oktober.)

Verf. hat 1905 seine Methode, nach Exstirpationen von Lebergeschwülsten die Leberwunde völlig durch Naht zu schließen, bereits einmal publiziert, es sind nach diesem Verfahren auch bereits fünf Operationen an der Leber mit Erfolg am Menschen ausgeführt worden, darunter eine von Garrè, eine von Schröder, zwei vom Verf. selbst und eine von Feingold.

F. meint aber, daß das Verfahren noch zu wenig bekannt sei und demonstriert dasselbe hier an 15 sehr instruktiven Abbildungen. Das Verfahren gestattet bei Ausführung glatter Schnittwunden eine tadellose Kooptation der Schnittflächen ohne Zurücklassung toter Räume, eine vollständige Blutstillung und einen primären Schluß der Bauchwunde ohne Drainage. W. v. Brunn (Rostock).

---

77) **A. Nazari. Contributo allo studio anatomo-patologico delle cisti biliari del fegato.** (Policlinico, sez. med. XVII. 11. 1910.)

Bei einem 50jährigen Manne, der an einer akuten, eitrigen Peritonitis starb, fanden sich bei der Autopsie die Gallengänge in der Leber cystisch erweitert. In den Gallenwegen lagen ca. 70 kleinere Steine und zahlreicher Gallengries. Die cystische Erweiterung betraf $^2/_3$ der rechten und die Hälfte der linken Leber. Die Gallenausführungsgänge waren ebenfalls stark dilatiert.

Verf. nimmt an, daß es sich um eine kongenitale cystische Entartung der Gallengänge gehandelt hat. Die tödliche Peritonitis ging von den Gallenwegen aus und war durch sekundäre enterogene Infektion bedingt.

M. Strauss (Nürnberg).

---

78) **Ruth Plöger. Die Gallensteinkrankheit in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft und zum Wochenbett.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 2.)

Der Verf. teilt aus der Heidelberger chirurgischen Klinik (Prof. Narath) 42 Krankengeschichten aus acht Jahrgängen mit, die für diese Beziehungen zu sprechen scheinen. Einen wie hohen Prozentsatz von Gallensteinerkrankungen bei Frauen überhaupt diese ausgesuchten Fälle darstellen, wird leider nicht gesagt. Von ihren 42 Fällen trat in 14 der erste Gallensteinanfall während einer Schwangerschaft auf — davon wiederholte er sich in nicht weniger als 8 Fällen im Wochenbett —, in 6 Fällen verschlimmerte sich ein früher schon bemerktes Gallensteinleiden während einer Schwangerschaft; in 19 Fällen trat der erste Anfall im Wochenbett auf, und in 3 Fällen eine Verschlimmerung eines älteren Leidens während dieser Zeit. — Verf. erwähnt sodann die nicht sehr große Literatur,

die auch mit Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne spricht. Die Erklärung für diese Beziehungen sucht sie darin, daß »in der Schwangerschaft die Stauung der Galle verbunden mit verminderter Widerstandsfähigkeit gegenüber Bakterien im Wochenbett die Folgen der Geburtsarbeit und eine mögliche Infektion vom Genitaltraktus aus die Auslösung eines Kolikanfalls begünstigen

H. Kolaczek (Tübingen).

---

79) Willard Bartlett (St. Louis). Ein Riesenstein im Ductus choledochus.

Die Träger dieses bemerkenswerten Objektes, des größten Steines, den ich in der Literatur verzeichnet finde, war ein Mann von 45 Jahren, ein geborener Irländer und Besitzer von Kohlenbergwerken.

Seit 20 Jahren hatte er an Dyspepsie gelitten, zu der sich häufig Koliken in der rechten oberen Bauchgegend gesellten. Das schmerzfreie Intervall zwischen den Anfällen schwankte zwischen 1 Woche und 6 Monaten. Die Koliken waren gewöhnlich von Schüttelfrösten und hohem Fieber begleitet, und wenn diese Symptome nachließen, trat Ikterus und fast unerträglicher Pruritus auf. Pat. mußte fast immer während dieser Anfälle zu Bett gehen und war gezwungen, Morphin zur Erleichterung zu nehmen. Er mußte häufig erbrechen, ohne dadurch Linderung seiner quälenden Symptome zu spüren.

Die physikalische Untersuchung ergab nun, daß die Gegend der Gallenblase exquisit empfindlich war. Haut und sichtbare Schleimhäute waren intensiv gelb verfärbt. Der Puls war verlangsamt. Kratzeffekte waren am ganzen Körper sichtbar.

Der Hausarzt Dr. H. Summa, der mir den Fall überwies, konstatierte mittels bimanueller Untersuchung eine harte Resistenz im rechten oberen Quadranten des Abdomens, und zwar etwa an der Stelle, an der der Ductus choledochus zu vermuten war.

In der Tat erwies sich später diese Resistenz als ein Stein, und ich möchte hier nur hinzufügen, daß die Palpationsdiagnose eines Steines im Ductus choledochus, die hier so gut gelang, zu den größten Seltenheiten gehören dürfte.

Die Operation fand am 23. Januar 1906 statt. Die Gallenblase war erheblich vergrößert, ein Befund, der dem Gesetz von Curvoisier zuwiderläuft. Sie enthielt tausende von winzigen Steinchen, vermischt mit Sand und stinkender Galle. Der Ductus choledochus war so enorm erweitert und verdickt, daß ich ihn zuerst für ein anderes Organ oder eine Neubildung hielt. In ihm befand sich ein riesiger Stein, der bei der Entfernung in mehrere Stücke zerbrach. Die entleerte Höhlung nahm meine Hand mit Leichtigkeit auf. Merkwürdigerweise hatte die Erweiterung des Ductus nicht symmetrisch, sondern nur an der rechten Hälfte stattgefunden. In die große Öffnung wurde ein weites Gummirohr zur Drainage der Galle eingenäht. Die Wunde selbst wurde mit Gazestreifen drainiert und Gegendrainage nach hinten zu mit einem Gummirohr ausgeführt.

Die Rekonvaleszenz war einigermaßen langwierig wegen Vereiterung der Bauchwunde. Indessen war das Endresultat vorzüglich und Pat. 1 Monat nach der Operation außer Bett. Ich sah ihn wieder 5 Monate später; er erfreute sich der besten Gesundheit und wog mehr denn je. Ungefähr 1 Jahr danach erfuhr ich, daß er gestorben sei, konnte aber weitere Einzelheiten nicht in Erfahrung bringen.

Das riesige Konkrement wog $2^1/_2$ Unzen (75 g) und war 4 Zoll ($10^1/_2$ cm) lang und $^1/_2$ Zoll ($1^1/_2$ cm) breit.

Für die chemische Untersuchung bin ich Herrn Dr. Rush zu Dank verpflichtet. Dieselbe ergab an organischen Bestandteilen: Cholestearin in großen Mengen, Bilirubin, ebenfalls in großer Quantität, und eine Spur von Urobilin. Von anorganischen Basen fand sich Natrium, Kalium, Kalzium, Magnesium, Cuprum und Ferrum, von Säuren Acidum carbonicum, sulphuricum, hydrochloricum, nitricum, phosphoricum und silicum. (Selbstbericht.)

---

80) **Wilhelm Eichmeyer.** Kurzer Bericht über 120 während des letzten Jahres (vom 1. IV. 1909 bis 1. IV. 1910) ausgeführte Operationen am Gallensystem. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVI. p. 510.

Die Arbeit betrifft Kehr's gallenchirurgische Operationsstatistik des letzten Jahres. Dieselbe zeigt eine Gesamtsterblichkeit von 8,3% und eine Mortalität der unkomplizierten Fälle von 1,4%, ein Resultat, dessen Güte bisher von Kehr noch nicht erreicht wurde. (Kehr verfügt jetzt im ganzen über 1555 Operationen am Gallensystem.) Die Frequenz der wichtigsten Operationen war: 4 Cystostomien, 84 Cystektomien, 40 Hepaticus- und Choledochusdrainagen, während Choledochotomie mit Tamponade nur 1mal zur Anwendung kam. Zu erwähnen sind noch 5 Choledochoplastiken, bedingt durch Fistel- oder Defektbildungen am Gallengang, entstanden durch unbeabsichtigte Verletzungen desselben bei früheren Gallenblasenoperationen. Um sie tunlichst zu vermeiden, rät Kehr, bei der Cystektomie die Arteria cystica vom Ductus cysticus abzupräparieren und beide Gebilde getrennt zu unterbinden. Weiteres s. Original.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

81) **Else.** Further studies in the etiology of cholecystitis. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

Die Untersuchungen E.'s an Kaninchen und in wenigen Fällen auch an Hunden hatten das Ergebnis, daß man vom Darm aus auf dem Wege durch den Ductus choledochus und cysticus leicht eine Cholecystitis mit dem B. pyocyaneus hervorrufen kann; auch durch Injektion von B. pyocyaneus in die Arteria cystica kann man leicht eine Cholecystitis erzeugen, während es fast niemals gelingt, durch Injektion in die Pfortader eine Entzündung der Gallenblase herbeizuführen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

82) **Prince.** Cholecystitis complicating typhoid fever. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Typhus abdominalis, bei denen am Ende der 3. bzw. $4^1/_2$ Wochen nach Anfang der Krankheit eine Laparotomie ausgeführt wurde wegen dringenden Verdachts auf Geschwürsperforation.

Diese fand sich nicht, dafür aber in dem einen Falle eine mit Eiter prall gefüllte und 8—10 Gallensteine enthaltende dünnwandige Gallenblase, aus deren Inhalt Typhusbazillen gezüchtet wurden; im anderen Falle war die Gallenblase von stark eingedickter Galle erfüllt, die Wand des Organs stark verdickt; im Inhalt fand sich ein aktiv beweglicher Bazillus, der im übrigen nicht näher untersucht worden zu sein scheint.

W. v. Brunn (Rostock).

---

83) H. F. Zeidler. Cholecystitis et cholangitis sine concremento (Riedel). (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Vier Krankengeschichten, die beweisen, daß nicht die Steine an und für sich das klinische Bild der Gallensteinkrankheit geben, sondern die sie begleitenden entzündlichen Veränderungen der Blase und der Gallengänge. In allen 4 Fällen wurde die Cholecystektomie ausgeführt, Konkremente aber nicht gefunden; zweimal enthielt die Galle Bakt. coli commune, einmal mit dem Staphylokokkus aureus zusammen; im dritten Falle ist der Befund nicht angegeben, im vierten erwies sich die Galle steril. Gückel (Kirssanow).

---

84) P. Lerat. Contribution chir. à l'étude du pancreas annulaire. (Bull. de l'acad. roy. de méd. de belg. XXIV. Nr. 4. p. 290—308. 1910. April.)

Die 46 Jahre alte Frau litt als Kind viel an Erbrechen, vom 16.—24. Jahre an gastrischen Beschwerden und Zirkulationsstörungen. Dann war sie 8 Jahre ziemlich gesund. Sodann hatte sie 1 Jahr lang Dyspepsie. Ein Chirurg fand rechts Nierensenkung, machte 1897 die Nephropexie, die Beschwerden bestanden jedoch fort. Nach einem Fall vor 2 Jahren verschlimmerten sich die Beschwerden, Schmerzen zeigten sich 2—3 Stunden nach jeder Mahlzeit; dann trat Enterocolitis muco-membranacea auf. Seit 3 Monaten weitere Verschlimmerung, Fleisch und feste Speisen wehrte Pat. ab, lebte von Eiern, Milch, Bouillon, Champagner. Extreme Abmagerung, Bettlägerigkeit, Beim Eintritt ins Spital wog sie 36 kg 200 g. L. kam zur Diagnose: chronische Pankreatitis, Cholecystitis, chronische Appendicitis. Laparotomie am 4. I. 1910. Der Wurmfortsatz wurde entfernt, dann die Gallenblase reseziert, die absteigende Portion des Duodenum war ringförmig vom Kopf des Pankreas umwachsen. Der Ring hatte 2 cm Höhe, 1 cm Dicke, 4 cm Länge; er ging von der Vorderfläche des Pankreaskopfes aus, um das Duodenum und setzte sich an der Hinterfläche des Pankreaskopfes wieder an. Er wird reseziert. Die Konsistenz des Pankreas erscheint unegal und fester als normal. Der Processus vermiformis zeigte chronische Entzündung, starke Hypertrophie der Follikel. Die Gallenblase war normal, aber es bestand Pericystitis mit vielen Verlötungen zum Colon transversum; es war chronische Pankreatitis vorhanden. Die Heilung erfolgte ohne Störung; 40 Tage nach der Operation wog Pat. 40 kg 700 g. Die Cammidgereaktion, welche vor der Operation stets positiv war, war von jetzt ab negativ. $3^1/_2$ Monate nach der Operation Gewicht 54 kg. — L. meint, die chronische Entzündung habe das Umwachsen des Pankreas um das Duodenum veranlaßt, ähnlich wie man es bei ringförmigem Kropf findet. — Das ringförmige Pankreas ist sehr selten. Ecker (Freiburg) fand 1862 ein solches bei der Sektion, drei weitere Fälle wurden alle bei Sektionen gefunden (Symington 1885, Genersich 1890, Saudras 1897, sein sezierter war 70 Jahre alt). Vidal machte 1905 bei einem 3 Tage alten Kinde die Laparotomie und fand Pankreas annulare und Atrophie des Duodenum; er machte die Gastroenterostomia post.; Heilung. Auch sind einige Fälle beschrieben, wo der Ring nicht ganz geschlossen war, Pancréas à crochet. L. bespricht schließlich die Ätiologie, Symptome, Diagnostik, Pathogenie und Behandlung des Pancreas annulare. E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

85) **M. T. Kostenko. Traumatische Pseudocyste des Pankreas. Zur Frage der subkutanen Verletzungen des Pankreas.** (Charkower med. journ. Bd. X. Nr. 7. 1910. [Russisch.])

Der 20jährige Pat. sprang vor 3 Tagen von einem Waggon und fiel auf den Bauch. Die anfangs geringen Schmerzen im oberen Teil des Bauches nahmen nach 2 Tagen heftig zu und dehnten sich über den ganzen Bauch aus.

Pat. war bei der Einlieferung leicht ikterisch. Leib etwas aufgetrieben und sehr gespannt, im rechten Epigastrium vorgewölbt. Dort eine Dämpfung, die von der Leber bis zwei Querfinger unter Nabelhöhe, von der Mittellinie bis zur rechten mittleren Axillarlinie reichte. Sonst überall Tympanie. Stuhl und Harn ohne Besonderheiten. Keine Übelkeit, kein Erbrechen. Schmerzen im ganzen Leibe, besonders rechts im Epigastrium. Schmerzen und Tympanitis ließen in 3 Tagen nach, nur die Vorwölbung blieb und wurde etwas weniger empfindlich. Ikterus etwas deutlicher. Nach weiteren 2 Tagen keine Schmerzen, keine Temperatur (die sich anfangs um 38° hielt), Vorwölbung stärker, ebenso der Ikterus. Weitere Besserung wurde am 12. Tage der Erkrankung unterbrochen durch erneute Schmerzen im Epigastrium und pleuritisches Reiben rechts unten. Nach vorübergehender abermaliger Besserung traten wieder erhebliche Schmerzen im Bereiche der Vorwölbung auf. 39°. Nirgends Fluktuation. Der Magen schien links von der Geschwulst zu liegen, das Colon transversum sicher distal von ihm.

Am 20. Krankheitstage Operation. Schnitt parallel der Medianlinie durch den rechten M. rectus: der Bauchwand lag eine stark gespannte, cystische, mit fetthaltigem Gewebe überzogene Geschwulst an, die teilweise mit dem Peritoneum parietale verwachsen war. Beim Versuch, das Fettgewebe zu entfernen, riß die Wand der Cyste ein, und es entleerte sich eine große Menge gelbbrauner Flüssigkeit mit einigen Blutgerinnseln. Der Hohlraum war die Bursa omentalis; das Foramen Winslowii war geschlossen. Die Begrenzung bildete oben das Zwerchfell, unten das Mesocolon, rechts das Lig. hepato-duodenale, vorn das Netz und der Magen. Nach links erstreckte der Raum sich gegen die Milz hin. Auf dem Boden war das Pankreas zu fühlen, dessen Zustand nicht genauer untersucht werden konnte. Tamponade.

Allmähliche Entfieberung. Sehr reichliche Sekretion. Anfangs war das Sekret gleich dem bei der Operation entleerten alkalisch, bakterienfrei, sehr eiweißhaltig, blutig, später entleerte sich aus einer Fistel eine trübe, opaleszierende Flüssigkeit, die alle Fermente des Pankreas enthielt. Die Ausscheidung hielt $2^1/_3$ Monate mit durchschnittlich 800 ccm an (antidiabetische Diät blieb völlig wirkungslos), war einmal (26. Tag nach der Operation) von 2tägiger reichlicher Blutung begleitet, nahm dann schnell ab. In weiteren 2 Monaten schloß die Fistel sich zeitweise, brach wieder auf und heilte definitiv $4^1/_2$ Monate nach der Operation.

K. hält es für falsch, daß der Kranke nicht gleich operiert wurde.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

Berichtigung. In Nr. 4, p. 109, Z. 8 v. u. lies »Manubrium« statt Mediastinum.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 8. Sonnabend, den 25. Februar 1911.

Inhalt.

I.

Aus der chirurgischen Klinik zu Freiburg i. Br.
Direktor: Geh. Hofrat Prof. Dr. Kraske.

Typische Verletzungen der Schneeschuhläufer.

Von

Privatdozent Dr. Oberst,
I. Assistenzarzt der Klinik.

Die Ausübung des Wintersports hat eine Reihe von Verletzungen im Gefolge, die zwar keine neuen Formen, vielfach aber typische, immer wiederkehrende Veränderungen darstellen und so einiges Interesse beanspruchen.

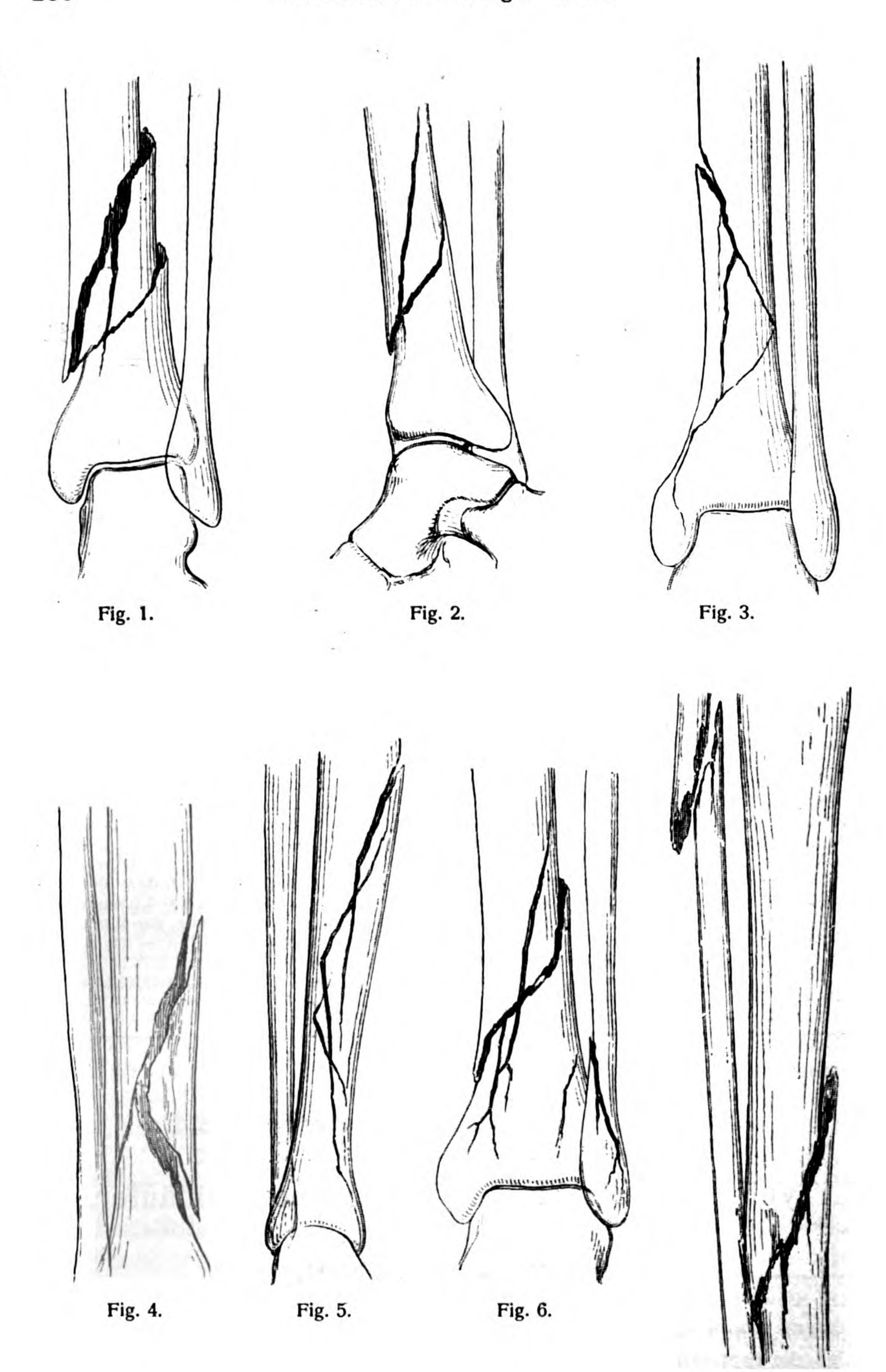


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6. Fig. 7.

Bei Schneeschuhläufern sehen wir neben den Traumen der oberen Extremität, die bei der Abwehr des Falles entstehen — Schulterluxationen, Radius-, Oberarm- und Schlüsselbeinfrakturen —, Verletzungen der unteren Extremität, die in ihrer großen Mehrzahl durch Torsion zustande kommen. Die Spitze des einen Schneeschuhs bleibt gewöhnlich an einem Hindernis hängen, während der andere weiter fährt. Der Körper kommt dadurch in eine Drehung, die ihre Wirkung auf das festgehaltene Bein ausübt, besonders wenn der Fuß durch die Bindung starr am Schneeschuh befestigt ist. Sobald die Drehung im Hüftgelenk aufgebraucht ist, tritt nun eine Rotation des ja für eine solche Bewegungsart nicht eingerichteten Beines ein. Luxationen des Hüftgelenkes, wie wir sie bei Verletzungen durch den Rodelsport beobachten, kommen hier nicht vor, da keine Hebelwirkung wie dort ausgeübt wird. Der kräftige Oberschenkelknochen wird durch die Drehung selten gebrochen; wir haben nur eine solche Verletzung gesehen. Häufiger kommt es dagegen schon zu schweren Distorsionen des Kniegelenkes mit Bänderzerreißung,

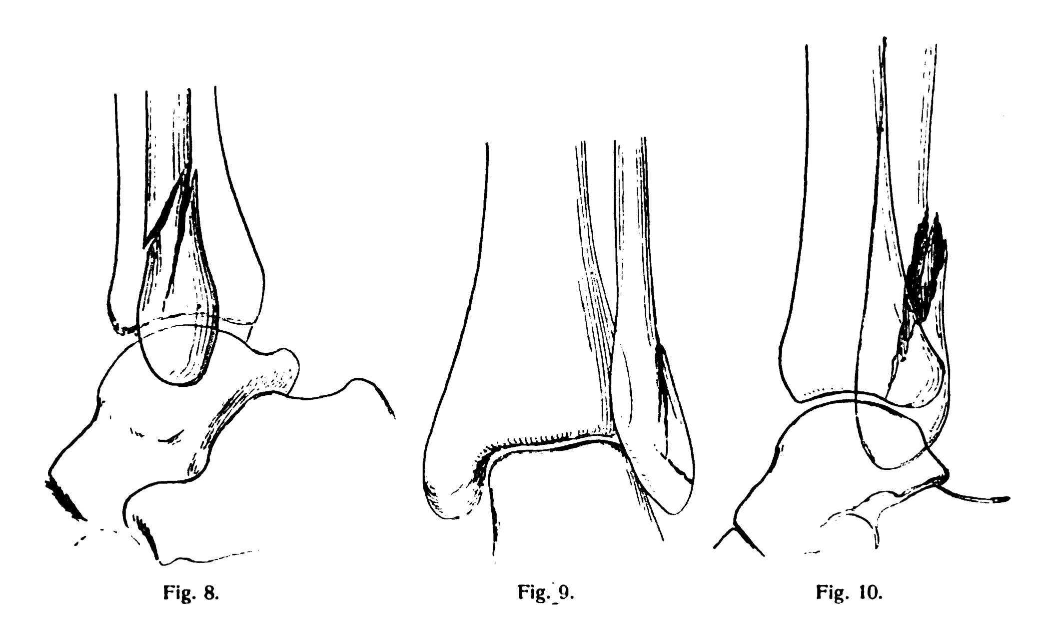


Fig. 8. Fig. 9. Fig. 10.

die außerordentlich lange Beschwerden machen. Gewöhnlich kommt die drehende Gewalt erst am Unterschenkel zum Ausdruck, wo wir am supramalleolären Abschnitt der Tibia häufig typische Torsionsbrüche sehen (siehe Abb. 1—5). Die Sprünge reichen oft weit nach oben und erreichen auch den Malleolus und das Sprunggelenk. Eine stärkere Dislokation der Fragmente wird selten beobachtet, wohl auch aus dem Grunde, weil die Beine des Schneeschuhläufers durch kräftige Wickelgamaschen geschient sind. Die Fibula ist bei diesen Torsionsbrüchen der Tibia selten gebrochen, indes beobachten wir gelegentlich doch auch einen Drehungsbruch am äußeren Knöchel oder hoch oben unterhalb des Fibulaköpfchens (s. Abb. 6 u. 7).

Neben dieser Torsionsfraktur der Tibia sehen wir die Fibula auch allein in ihrem untersten Abschnitt einen typischen Drehbruch aufweisen (s. Abb. 8—10). Von vorn gesehen ist allerdings oft nur eine Längsfissur zu bemerken. Daß es

gelegentlich auch bei schweren Distorsionen zum Abriß kleiner Stückchen der Spitze des äußeren Malleolus kommt, ist natürlich ebenfalls ein nicht seltenes Vorkommnis. Eine typische Malleolarfraktur mit Abriß des inneren Knöchels haben wir dagegen unter 50 Fällen von Knöchelverletzungen bei Schneeschuhläufern niemals beobachtet. Die Distorsion des Sprunggelenks mit oder ohne Verletzung des äußeren Knöchels gehört schließlich zu den häufigsten Verletzungen.

Der mit Drehung einhergehenden Gewalteinwirkung muß also die Bindung der Schneeschuhe in erster Linie Rechnung tragen, wenn die typischen Drehungsbrüche vermieden werden sollen.

II.

Über eine isolierte Luxation des linken Wadenbeinköpfchens nach hinten.

Von

Dr. **Barabo** in Nürnberg.

In Anbetracht der Spärlichkeit der Kasuistik im allgemeinen und in besonderer Berücksichtigung des Umstandes, daß die Entstehung der erwähnten Verletzung durch Muskelzug eine ganz seltene Gelegenheitsursache bildet, sehe ich mich veranlaßt, nachfolgenden Fall an dieser Stelle mitzuteilen.

Ende Januar v. J. fiel ein 58jähriger Arbeiter auf seinem Wege zur Fabrik auf abhängigem, übereisten Wiesengrunde zu Boden und auf das linke Knie. Derselbe konnte sich, wenn auch mühsam, wieder erheben, schleppte sich zur Arbeitsstätte und arbeitete noch 3 Wochen weiter. Die täglich sich steigernden Schmerzen, die starke Anschwellung seines linken Kniegelenks und Unvermögen zu gehen zwangen ihn sodann, die Arbeit einzustellen. Beim Eintritt in meine Behandlung ergab die Untersuchung eine beträchtliche gleichmäßige, pralle Schwellung des in leichter Beugestellung befindlichen Kniegelenks und erhebliche Druckempfindlichkeit desselben namentlich in der Gegend des inneren Seitenbandes. Die aktive Beweglichkeit des Gelenkes war sehr beschränkt, passive Bewegungsversuche verursachten lebhafte Schmerzensäußerungen. Im Gelenk fühlte die aufgelegte Hand kein Reibegeräusch. Ich stellte die Diagnose auf Distorsion des Kniegelenks mit Zerrung der Gelenkbänder. Durch entsprechende Lagerung in leichter Beugestellung, welche wohltätig empfunden wurde, Eiskompressen, späterhin Anwendung von Massage und Einreibungen besserten sich die objektiven Erscheinungen und subjektiven Beschwerden. Das Gehvermögen wurde mit Stock relativ gut. Nach 7 Wochen nahm der Verletzte auf eigenen Wunsch die Arbeit wieder auf.

Ende Mai zeigte das linke Knie wieder stärkere Schwellung und wurde schmerzhaft. Auffallend war die inzwischen eingetretene Ausbildung eines richtigen Genu varum bei beträchtlicher Verdickung der Tibia. Zur Klärung der Sachlage veranlaßte ich nun zwei Durchleuchtungen — eine frontale und eine seitliche —, von denen letztere sofort erkennen ließ, daß das Wadenbein direkt nach rückwärts hinter den äußeren Condylus verschoben war. Die Diagnose konnte a priori wegen der starken Schwellung des Knies nicht gestellt werden. Eine Reposition des Köpfchens war bei der mehrmonatigen Dauer der Störung nicht mehr möglich.

Gegenwärtig ist der Befund folgender: Die stark verdickte Tibia ist säbelscheidenförmig geformt, konvex nach vorn gekrümmt. Die Achse weicht etwas nach einwärts ab. Bei ruhigem Stehen ist der Fuß nach außen gedreht. Die Patella sieht nach außen und lateral, woraus hervorgeht, daß nicht bloß eine Verkrümmung, sondern auch eine Torsion der Tibia nach außen unter dem Einfluß der veränderten statischen Verhältnisse stattgefunden hat. Entsprechend dem knöchernen Lager des Wadenbeinköpfchens ist eine Gewebslücke nicht zu konstatieren, weshalb man zu der Annahme gedrängt wird, daß dort in den zerrissenen Gewebsteilen Gewebsverdichtungen event. Niederschläge von Kalksalzen stattgefunden haben. Die Entfernung von der Mitte der Spina tibiae (Patellarinsertion) zum Wadenbeinköpfchen beträgt rechts $7^1/_2$, links $9^1/_2$ cm. Bei der Plantarflexion springt die Wadenmuskulatur stark gespannt nach hinten hervor; bei der



Streckung fehlen 15—20°. Die Beugung gelingt wenig über einen rechten Winkel; bei letzterer stemmt sich das Köpfchen des Wadenbeins am Condylus femoris an. Die Maße ergeben:

Wadenumfang	rechts	31,5,	links	32,5 cm,
		(Folge der Tibiaverdickung)		
Knie Mitte, Umfang.	rechts	33	links	34 cm,
oberhalb der Kniescheibe	»	32,	»	32,5 cm,
unterhalb der Kniescheibe	»	30,	»	31 cm,
10 cm oberhalb der Kniescheibe .	»	35,	»	3,5 cm,
20 cm oberhalb der Kniescheibe .	»	43,	»	40 cm.

Freies Stehen auf dem linken Bein ist möglich. Der Gang ist durch die Auswärtskrümmung der Kniegegend und die falsche Fußstellung beeinträchtigt, wackelnd. Wiewohl die Verletzung in relativer Nähe des Nerv. peroneus sich abspielte, wurden gleichwohl niemals Schädigungen desselben, die sich als

neuralgische Beschwerden, als Anästhesien oder Parästhesien geäußert hätten, beobachtet.

Einen operativen Eingriff (Resektion des Köpfchens) behufs Besserung der Beinfunktion lehnt der Verletzte ab. Da es sich im vorliegenden Falle nicht um einen Betriebsunfall handelt, die Arbeiter jedoch seitens der Betriebsfirma auch für außerhalb des Betriebs eintretende Unfälle versichert sind, wurde von mir eine Erwerbsbeschränkung von $33^1/_3$% ausgesprochen.

Hinsichtlich der Entstehung der beschriebenen Luxation des Fibulaköpfchens nach hinten ist wohl nur eine indirekt auf das Köpfchen wirkende Gewalt, und zwar der starke Muskelzug des Musc. biceps femoris anzuschuldigen. Daß dieser Zug sehr stark sein kann, beweisen die in der Literatur beschriebenen Fälle von isolierter Lossprengung des Capitulum fibulae [Lotzbeck (1), Foucher (2), Tietze (3)]. Auffallend ist, daß der Mann mit der relativ schweren Verletzung — Verschiebung eines Knochens — in der Nähe eines Nerven noch 3 Wochen arbeiten konnte. Interessant ist der Fall auch deshalb, weil man gewöhnlich das Genu varum als eine exquisit rachitische Deformität anzusprechen gewohnt ist, während hier ein Trauma als letzte Ursache angenommen werden muß.

Im allgemeinen sind, wie oben erwähnt, traumatische Verrenkungen im oberen Tibio-fibulargelenk sehr selten und erfolgen nach oben, nach vorn und nach hinten. Nach Hirschberg (4) wurden von Verrenkungen nach oben in Verbindung mit gleichzeitigem Schrägbruch des oberen Tibiadrittels nur zehn Fälle beobachtet, so von Foucher, Melzer (5) u. a., mit gleichzeitigem Bruch der Fibula unterhalb des Köpfchens nur zwei. Über isolierte Verrenkungen des Fibulaköpfchens nach vorn — ohne begleitende Fraktur — wird nur in neun Fällen berichtet; darunter erfolgte wiederum nur eine Verrenkung nach vorn durch direkte Gewalt; in den übrigen Fällen waren sie veranlaßt durch Sturz, Stolpern, Straucheln infolge krampfhaft forcierter Muskelkontraktion der von der Vorderseite der Fibula entspringenden Muskeln, denen der Fallende entgegenzuwirken suchte. Nach oben oder unten treten häufiger Verrenkungen des Fibulaköpfchens auf als Folge von Wachstumsstörungen nach akuter Osteomyelitis; auch nach vorn oder hinten infolge entzündlicher Prozesse, wie bei der chronisch serösen Kniegelenksentzündung und deren Übergreifen auf das Tibiofibulargelenk.

Von totaler Verrenkung der Fibula nach oben gleichzeitig in dem oberen und unteren Tibiofibulargelenk kennt die Literatur nur drei Fälle [Boyer, Sanson (6), Nélaton].

F. B. Golley (7) hat im ganzen 25 Fälle von isolierter Verrenkung im oberen Tibiofibulargelenk gefunden; Rinehard (8) nur 12 Fälle, und zwar 7 nach vorn, 5 nach hinten. Verrenkungen des Fibulaköpfchens nach hinten ohne begleitende Fraktur waren bisher nur 4 (9) beschrieben, so von Dubreuil, Melzer. Letzteren schließt sich mein Fall an. Der Verletzte wurde am 10. XI. 1910 in der Sitzung der Nürnberger med. Gesellschaft und Poliklinik vorgestellt.

Literatur.

1) Allgemeine militärärztliche Zeitung 1866. Nr. 47.
2) Gaz. de hôp. 1866. Nr. 49.
3) Archiv f. klin. Chirurgie Bd. XLIX.
4) Archiv f. klin. Chirurgie Bd. XXXVII.
5) Chirurgie von König. 1877. Bd. II.
6) Chirurgie von Bardeleben. 1875.
7) Americ. journal of surgery 1907. Juni.
8) Americ. journal of the med. sciences 1902. Februar u. Zentralblatt für Chirurgie 1902.
9) Handb. d. prakt. Chir. von Bergmann, Bruns u. von L. v. Mickulicz. 1903. Bd. IV.

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

191. Sitzung, Montag, den 9. Januar 1911 in der Kaiser Wilhelms-Akademie.

Vorsitzender: Herr A. Köhler.

I. Herr Velde: Gelenkschüsse aus dem chinesischen Feldzuge.

V. demonstriert Röntgenbilder von Gelenkschüssen, die er vor 10 Jahren in Peking behandelt hatte, bespricht den Vorgang bei der Verletzung, den Verlauf und den jetzigen Zustand:

1) Schuß durch das linke Ellbogengelenk; Geschoß nach 2 Tagen aus dem linken Musc. deltoid. entfernt. Abstoßung von Gelenkteilen, allmähliche Heilung. Jetzt Ankylose in leichter Beugestellung, ohne wesentliche Behinderung bei gut beweglichem Handgelenk.

2) Einschuß in der Mitte des linken Unterarms; das Geschoß (Stück einer 6 cm-Granate) hatte den Humerus zerschlagen und stak auf der Streckseite des Oberarms unter der Haut; Entfernung desselben, Entfernung der mit dem Geschoß eingedrungenen Kleiderfetzen. Heilung trotz Typhus. Jetzt gute Funktion bei freier Beweglichkeit des Ellbogengelenks.

3) Einschuß (bei derselben Gelegenheit wie 2) an der Außenseite des linken Knies. Am 5. Tage Inzision, Entfernung des Granatsplitters. — Jetzt gute Funktion bei geringer Behinderung der Streckung.

4) Schuß mit Mannlicher-Geschoß durch die Spitze des rechten Daumens und durch das II. bis IV. Mittelhandfingergelenk; der kleine Finger saß nur noch im Mittelhand-Handwurzelgelenk fest. Glatte Heilung. Jetzt: Daumen frei, die übrigen Finger im Metacarpophalangealgelenk steif; dabei vorzügliche Handschrift. Im Röntgenbild zahlreiche Bleispritzer; wahrscheinlich war das Mantelgeschoß (Stahlmantel) verrostet und deshalb der Mantel nicht widerstandsfähig genug gewesen.

Vortr. hatte bei zahlreichen Gelenkverletzungen keinen Todesfall und brauchte keine Amputation vorzunehmen, obwohl Lagerungsvorrichtung und Verbandmittel improvisiert waren (sterilisierter Torfmull und Sägemehl in Leinwandsäckchen); eine weitere Empfehlung des konservierenden abwartenden Verfahrens bei Gelenkschüssen.

Herr A. Köhler zeigt im Anschluß an diese Gelenkschüsse im Kriege, die uns so deutlich die große Schwierigkeiten beweisen, mit denen man im Felde bei der primären Wundversorgung zu kämpfen hat, eine Reihe von Gelenkschüssen aus der Friedenspraxis, und zwar aus der Hildebrand'schen Klinik, bzw. der chirurgischen Nebenabteilung der Charité, bei denen die Geschosse in den Gelenken stecken geblieben waren (Röntgenbilder) und operativ entfernt wurden. Die Fälle (1 Knie-, 2 Fußgelenke) sind glatt ohne Funktionsstörung geheilt. — Vortr. macht darauf aufmerksam, daß es jetzt wohl an der Zeit wäre, die Erfahrungen über Einheilen und Wandern der Geschosse, und zwar der modernen Vollmantel- oder der massiven Kupfergeschosse, einmal zusammenzustellen, da bei ihnen, im Vergleich zu den alten Bleigeschossen, ganz bedeutende Veränderungen zu erwarten sind.

II. Herr Franz: Gelenkschüsse und Schußfrakturen der langen Röhrenknochen im südwestafrikanischen Feldzug 1904/1907.

Der Vortr., der als konsultierender Chirurg auf dem dortigen Kriegsschauplatz wirkte, hebt zunächst den Wert der in jenem Feldzug gemachten Erfahrungen hervor, der darin liegt, daß 73% der Verwundungen durch kleinkalibrige Mantel-

geschosse hervorgerufen sind und fast durchweg durch unsere 88er Geschosse. Die Entfernungen schwankten durchschnittlich zwischen wenigen Schritten und 300 m, hielten sich also in den Grenzen, in welchen im Russisch-japanischen Krieg die meisten Verwundungen stattfanden.

Es wurden im ganzen Feldzug insgesamt beobachtet 79 Gelenkschüsse und 101 Knochenschüsse.

A. Gelenkschüsse. Die Mortalität betrug 5%,
im Burenkrieg 3,1%,
1870/71 35,9%.

Die Todesfälle betrafen das Hüftgelenk und Kniegelenk. Von den Hüftgelenkschüssen endeten tödlich 50%.

Größere Operationen wurden gemacht:

Amputationen	5,
Resektionen	13,
Arthrotomien	6.

Die Resektionen waren fast ausschließlich atypische, und sämtlich sekundär.

Reaktionslos heilten 67,8%. Unter reaktionsloser Heilung darf man aber keine prima intentio verstehen. Denn eine solche Heilung ist äußerst selten. Tatsächlich brechen Ein- und Ausschuß, der letztere fast immer, nach einer gewissen Zeit wieder auf und sondern ab. Demnach darf daran wohl kaum gezweifelt werden, daß viele Schußverletzungen primär infiziert sind. Aber die Infektion ist so mild, daß sie praktisch nicht ins Gewicht fällt.

F. weist besonders auf zwei Arten von Fieber hin, die bei klinisch nicht infizierten Gelenkschüssen häufig sind und große differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen können. Erstens handelt es sich um Temperaturen, welche durch die Blutergüsse in die Gelenke hervorgerufen werden. Dieselben können 4 bis 5 Tage andauern und bis zu 40° C erreichen. Zweitens handelt es sich um die bis dahin wenig beobachteten Transporttemperaturen. Fast jeder Pat. mit einem Gelenk- oder Knochenschuß fiebert nach einem längeren Transport. Die Unkenntnis dieser Tatsache führt sehr häufig zu frühzeitigen unzweckmäßigen Einschnitten und Debridements, besonders da diese Pat., durch die Kriegsstrapazen heruntergekommen, auch sonst einen elenden Eindruck machen.

Die Prognose der Gelenkverletzungen hängt von der Massigkeit der umgebenden Weichteile ab. Die Gefährlichkeitsskala ist: Hüftgelenk, Kniegelenk, Schultergelenk, Fußgelenk, Ellbogengelenk, Handgelenk.

Die Annahme, daß Schüsse aus allernächster Nähe immer ungünstig sein müssen, ist eine irrige. Maßgebender Faktor ist und bleibt der Auftreffwinkel des Geschosses. Je mehr sich derselbe einem rechten nähert, um so eher haben wir Lochschüsse ohne viele Fissuren.

Bei Ellbogen-, Hand-, Knie- und Fußgelenkschüssen hängt die Schwere der Verletzung davon ab, wie viel artikulierende Knochenenden getroffen werden. Frontal- und Sagittalschüsse sind für Humerus-, Tibia- und Femurepiphyse ziemlich gleichwertig günstig. Am ungünstigsten sind die Diagnonalschüsse.

Auch für die Wiederkehr der Beweglichkeit sind die letzteren bei weitem ungünstiger.

Durch die eben bezeichnete Art der Gelenkschüsse sind auch allein die häufig überraschend geringen Funktionsstörungen unmittelbar nach der Verletzung zu erklären.

Bezüglich der endgültigen Heilung ist das Resultat ein sehr günstiges: Es wurden dienstfähig 32,9%, und zwar von den

Handgelenkschüssen	keiner,
Schultergelenkschüssen	50%,
Ellbogengelenkschüssen	30%,
Hüftgelenkschüssen	16,6%,
Kniegelenkschüssen	38,4%,
Fußgelenkschüssen	18,1%.

Von den anderen 31 Fällen mit Aufzeichnungen hatten 64,5% nur geringe Bewegungsstörungen, und nur in 10% bestanden Versteifungen.

B. Knochenschüsse.

Die Mortalität betrug	9%,
im Burenkrieg	9,3%,
1970/71	27,8%.

Von den Todesfällen entfällt der größte Prozentsatz auf die Oberschenkelschüsse, nämlich 20,8%, dann auf die Oberarmschüsse, nämlich 9,7%, ein Beweis dafür, daß die Massigkeit der umgebenden Weichteile eine große Rolle dabei spielt.

In 10,9% wurden Amputationen bzw. Exartikulationen mit 36,3% Mortalität gemacht.

Maßgebend für die Infektion sind zunächst die Größe der Ein- und Ausschüsse. Es wird darauf hingewiesen, daß die Schußwunden überall da, wo sie einen dicht unter der Haut liegenden Knochen betreffen, wie Radius, Ulna, Wadenbein, Schienbein, den Charakter von Platzwunden haben können.

Maßgebend für die Infektion sind ferner die steckengebliebenen Geschosse bzw. deren Teile. Leider ist die Tatsache wenig bekannt, daß auch unsere Mantelgeschosse an den langen Röhrenknochen zerschellen, und zwar um so mehr, je näher die Entfernungen sind. Der Prozentsatz von 10,7% entspricht auch den Erfahrungen des russisch-japanischen Feldzuges.

Wichtig für die Infektion ist natürlich der erste Verband und der erste Transport. Die Schwierigkeiten derselben bei unserer heutigen Kampfesweise, wo eine aufrechte Haltung der Ärzte und Krankenträger im Gefecht fast unmöglich ist, werden beleuchtet. Es kommt eben häufig vor, daß die Verwundeten aus der Feuerstellung herausgezogen werden müssen ohne Rücksicht auf das gebrochene Glied.

Auch eine spätere gute Fixation ist nicht selten wegen des Mangels an Schienenmaterial und Gips unmöglich.

Auf den Schaden durch unzweckmäßig feste Tamponade wird besonders hingewiesen. Man muß mit Drains drainieren, dann soll man selbst auf buchtige Wunden Jodoformgaze nur locker hinauflegen, da man nie weiß, wie lange die Transporte dauern.

Es muß ferner als Regel gelten, daß die Infektion abhängig ist von der Größe der Blutergüsse. Sie zeigt sich auch meistens unter dem Bilde der »vereiterten Hämatome«.

Akute schwere septische Infektionen sind äußerst selten.

Hervorzuheben ist die Erfahrung bezüglich des Ödems und der Gasphlegmone, daß ein maligner Charakter beider Komplikationen selten war.

Infolge dieser Feststellungen sind sämtliche frühzeitig eingreifende Operationen durchschnittlich zu verwerfen. Inzisionen und Herausnahme der in die Weichteile versprengten, vollkommen gelösten Splitter sind die einzigen Maßnahmen. Alle mit dem Periost zusammenhängenden, und wenn auch nur zum Teil mit ihm verbundenen Knochensplitter sind sorgfältigst zu erhalten. Glatte Säuberung der Bruchstelle mit Adaption der Fragmente ist schädlich. Erstens

wird der Heilungsverlauf dadurch durchaus nicht beschleunigt, und zweitens ist eine häufige Folge die Pseudarthrose. Indessen kann auch bei nicht operativem Vorgehen und reaktionsloser Heilung eine Pseudarthrose durch Interposition von Geschoßfragmenten eintreten, wofür ein demonstratives Röntgenbild gezeigt wird.

Bezüglich der Nachbehandlung von Amputationen wird darauf hingewiesen, daß jede Naht unterbleiben muß.

Die Endresultate sind abhängig von der Art der Fraktur. Die Tangential- und Rinnenschüsse geben eine bessere Prognose als die Vollschüsse. Zweitens hängen sie von dem Wundverlauf und drittens von den komplizierenden Gefäß- und Nervenverletzungen ab. Unter den Todesfällen war 3mal, also in 33% sämtlicher Todesfälle, Gangrän die Todesursache. Unter den Oberarmknochenschüssen befanden sich nicht weniger als 39,6% komplizierende Nervenverletzungen.

Dienstfähig wurden 16,8%.

Die schlechtesten Endresultate geben die Oberschenkelschußfrakturen mit ihren starken Verkürzungen.

Im allgemeinen werden die distalen Gelenke immer mehr in ihrer Funktion beeinträchtigt als die proximalen. Die Kriegschirurgie ist in der Hauptsache auch in den modernen Kriegen eine Chirurgie der Eiterungen geblieben. Der Vortr. richtet daher an die Lehrer der Chirurgie die Bitte, in den Operationskursen mit Rücksicht auf die Aufgaben, die an sämtliche Ärzte im Kriege herantreten, die Behandlung der eitrigen Prozesse ganz besonders zu berücksichtigen.

Herr Franz zeigt einen Soldaten, welchem wegen Meniscuszerreißung im Kniegelenk der verletzte Meniscus entfernt worden und der wieder vollkommen dienstfähig geworden ist.

III. Herr A. Köhler: a. Starke Wachstumshemmung nach frühzeitiger Resektion.

Kräftiger, muskelstarker Mann, dessen rechtes Bein, im unteren Dritteil des Unterschenkels amputiert, in früher Kindheit in der Hüfte reseziert war. Das rechte Knie stand in der Höhe der Mitte des linken Oberschenkels (Demonstration und Abbildungen), so daß hier eine Verkürzung von ca. 25 cm bestand. Außerdem war der Rest des rechten Beines auch sonst in der Entwicklung stark zurückgeblieben, die Knochen (Röntgenbild) dünn und atrophisch, die Muskulatur schwach. Wahrscheinlich war bei der Resektion des Femur seinerzeit die obere Knorpelfuge verletzt.

b. Schädelschüsse mit Sehstörungen.

Demonstration von Röntgenbildern von Schädelschüssen, bei denen trotz scheinbarer Ähnlichkeit (Gleichheit des Alters, des Geschoßkalibers, der Stelle des Einschusses usw.) doch die Folge für das Sehorgan ganz verschieden war. Auch die Röntgenbilder zeigten dabei keine nennenswerten Unterschiede; das Geschoß lag in den beiden besonders maßgebenden Fällen in der Spitze des Orbitaltrichters und hatte das eine Mal absolute Amaurose bewirkt, also den Sehnerven zerquetscht, und das andere Mal nur eine wenn auch beträchtliche Herabsetzung der Sehschärfe bewirkt. In dem letzten Falle bestand außerdem eine Lähmung des Abducens auf beiden Augen. Die Erklärung dafür kann nur in einem vom Geschoß abgesprengten (übrigens im Röntgenbilde sichtbaren) Bleistückchen liegen, das auch die linke Orbita durchschlagen, hier aber nur den Abducens verletzt hatte.

In einem dritten Falle waren beide Optici verletzt, der rechte wohl zerquetscht, der linke geschädigt, aber mit Erhaltung eines, wenn auch geringen Sehvermögens.

In dem fünften Falle von Schläfenschuß wurde wegen starker Beschwerden von Hildebrand die Entfernung des hinter der Orbita liegenden Geschosses durch Trepanation in zwei Zeiten mit bestem Erfolge vorgenommen.

Der sechste Fall zeigte die Harmlosigkeit mancher Schläfenschüsse; außer dem Geschoß in der Schläfengegend sah man im Röntgenbilde noch vor dem Stirnbein ein pilzförmig abgeplattetes und ein drittes Geschoß nach oben davon auf dem Scheitel unter der Haut; von diesen Geschossen hatte keines den Knochen verletzt.

K. bespricht kurz die Gründe für diese auffallenden Unterschiede und Symptome, Verlauf, Prognose und Ausgang bei Schläfenschüssen: Die verschiedene Dicke einzelner Schädel überhaupt, die verschiedene Dicke dicht nebeneinander liegender Stellen am Schädel und die Unterschiede bei geringer Abweichung des Schußkanals, wodurch auch bei Benutzung derselben Waffe Verletzungen ganz verschiedener Art und Bedeutung gesetzt werden können.

IV. Herr de Ahna: 1) Caries am Schambein (Krankenvorstellung und Demonstration von Röntgenbildern).

Der Fall betraf einen 35jährigen Pat., bei dem sich im rechten Musculus rectus, an dessen Ansatz am Schambein, ein in dicke Schwarten eingehüllter gonorrhoischer Abszeß gebildet hatte, der nachträglich zur Caries an der Symphyse führte. Die Erkrankung hatte einige Wochen vorher mit Blasenbeschwerden, Inkontinenz, Schmerzen in der Gegend des Samenstrangs bei seinem Eintritt in den Leistenkanal begonnen und nach und nach unter Fieberbewegungen zum Entstehen eines doppeltfaustgroßen Tumors im unteren Rectus geführt, der anfänglich für ein Bauchdeckensarkom gehalten worden war; erst bei der Operation wurde die wahre Natur des Prozesses erkannt. In dem entleerten Eiter, dessen Menge sehr gering war, fanden sich Epithelien und mit typischen Gonokokken angefüllte Eiterkörperchen. Die Prostata war etwas druckempfindlich, sonstige Anzeichen der Gonorrhöe waren auch durch Urethroskopie nicht mehr aufzufinden. Nach der Entlassung Fistel in der Narbe, bei deren Verfolgung man in einer späteren Operation auf den von Eiter und Granulationen ungefähr stahlfedergroßen Sequester im Schambein dicht an der Symphyse stieß. Danach volle Ausheilung. Wahrscheinlich ging der gonorrhoische Prozeß von der Prostata aus und bahnte sich seinen Weg nach der Hinterfläche des Schambeins, hier zur zirkumskripten Nekrose des Knochens führend.

2) Diffuse Verknöcherung der Weichteile des Oberarms nach Fraktur.

Fraktur des Humerus im Collum chirurgicum durch Fall auf die rechte Schulter. Starke Schwellung des Oberarms, großer Bluterguß. Streckverband. Schon nach 4 Wochen Schulter und Ellbogengelenk völlig versteift. Nach weiteren 4 Wochen waren bei dem 63jährigen Pat. am unteren Ende des Humerus im Bereich der Tricepssehne sowie in der Umgebung des Ellbogengelenks unverschiebliche Knochenmassen zu fühlen. Das Röntgenbild zeigte reichliche Callusbildung an der Bruchstelle und zunehmende periostale Knochenauflagerungen im oberen Drittel des Humerus; ferner dichte Schatten im unteren Drittel an dessen Hinterfläche und schalenförmige Knochenbildung rings um das ganze Ellbogengelenk, welche auch das Radiusköpfchen mit einbezogen. Jetzt, nach $^1/_4$ Jahre, Knochenbildung noch stärker ausgesprochen. In den Prozeß scheinen sämtliche das Ellbogen-

gelenk umgebenden Weichteile (Tricepssehne, Gelenkkapsel, Brachialis internus) gleichmäßig einbegriffen zu sein. Auch Pronation und Supination unmöglich.

Diskussion. Es berichten mehrere Redner über Nekrosen am Schambein infolge von Trauma, z. B. beim Fußballspiel, infolge Tuberkulose der Symphyse und über Abszesse, die sich dabei in der Regio pubica oder obturatoria entwickeln; bei diesen sei für die Diagnose das Röntgenbild wichtig. — Zum Fall 2 berichtet Herr Kausch einen ähnlichen Fall, bei dem er wegen gleichzeitiger Ankylose des Ellbogengelenks eine Mobilisation durch Interposition eines Weichteillappens ohne Erfolg versucht hat. Herr Köhler weist auf den meist spontan eintretenden Rückgang und die gute Wirkung der Heißluftbehandlung hin.

V. Herr Dege: Subkutane Rupturen der parenchymatösen Bauchorgane.

1) Leutnant K., 24 Jahre, stürzte im Februar d. J. beim Sprung über eine Hürde mit dem Pferde, ohne daß das Pferd auf ihn fiel. Blutung aus Nase und Mund, leichte Benommenheit, Klagen über Schmerzen in der linken Schulter und über Luftmangel; schwerer Kollapszustand, Puls 98. Unterleib völlig weich, überall völlig druckempfindlich. Nach der Überführung ins Lazarett vorübergehend Besserung des Befindens, des Aussehens und des Pulses, dann Steigerung der Pulszahl (104), ganz geringe Vorwölbung der rechten Bauchseite, Spannungszunahme und sehr geringe Druckempfindlichkeit unter dem rechten Rippenbogen, vereinzelt Aufstoßen. 6 Stunden nach der Verletzung Bauchschnitt. In der Bauchhöhle reichlich 1—2 Liter Blut, der rechte Leberlappen durch zwei sagittale subperitoneale Risse fast völlig vom übrigen Lebergewebe getrennt. Bindenausstopfung des Risses. 5 Stunden nach der Operation Tod.

2) Grenadier G., 21 Jahre, stürzte im Oktober v. J. aus ca. 1½ m Höhe mit der linken Weiche auf eine Schemelkante, empfand sofort heftige Schmerzen in dieser Gegend und lebhaften Luftmangel. 1 Stunde nach der Verletzung zeigte G. etwas ängstlichen Gesichtsausdruck, leichte Unruhe, Bauchatmung, Puls 72, von geringer Fülle und Spannung. Aufstoßen, handtellergroße Dämpfung oberhalb des linken Rippenbogens. Die Dämpfung schwand, als sich der Verletzte zur Harnentleerung aufsetzte. Der Harn enthielt reichlich Blut.

4 Stunden nach der Verletzung wegen Verdachts einer Milzzerreißung Bauchschnitt. Die Diagnose gründete sich auf die erneut aufgetretene Dämpfung in der linken Bauchseite, auf Ansteigen der Pulszahl, zunehmende linkseitige Bauchdeckenspannung und Zunahme der Unruhe. In der eröffneten Bauchhöhle reichlich Blut. An der Milzpforte nach oben ziehender Riß. Milzentfernung. In den ersten Tagen nach der Operation sehr bedrohlicher Zustand, Blutbrechen, Durchfälle, Erguß im linken Brustfellraum, Resistenz im kleinen Becken, leichtes Fieber. Der Harn war nach 14 Tagen blutfrei, aber es bildete sich allmählich eine druckempfindliche Vorwölbung der linken Weiche aus. Durch Nierenschrägschnitt wurde am 16. November 1910 eine große, die Niere umgebende Harncyste eröffnet. Langsame Erholung, Genesung durch Gelenkrheumatismus verzögert.

R. Wolff (Berlin).

---

2) Ph. Bockenheimer. Atlas chirurgischer Krankheitsbilder in ihrer Verwertung für Diagnose und Therapie. II. Aufl. IV. bis VI. Lieferung. Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1910.

In der IV.—VI. Lieferung bringt B. zahlreiche Bilder und Abhandlungen aus der Reihe der gutartigen Geschwulstbildungen: Kröpfe, Papillome, Dermoide,

Fibrome, Chondrome und Lipome, ferner Naevi, Hämangiome sind vertreten. In bunter Reihe folgen sich Fisteln, Keloide, Kontrakturen, Hallux valgus, rachitische Infraktionen, Pseudarthrose, Akne, Ulcus cruris, Hämatome und Stauungsblutungen — alles Krankheitsbilder, die jeder Arzt öfter zu sehen bekommt und darum mit größerem Interesse betrachten wird, als wenn Verf. auf Wiedergabe seltener und monströser Veränderungen besonderen Wert gelegt hätte. Beschreibungen und Bilder sind von bekannter Güte. Vorderbrügge (Danzig).

---

3) **Précis de pathologie chirurgicale.** Paris, Masson & Cie., 1911. 10 fr.

Der III. (vorletzte) Band dieses prächtigen Werkes ist erschienen. (Die beiden ersten Bände habe ich 1909 auf p. 1319 dieses Blattes angezeigt.) Der Inhalt ist: Glande mammaire — Abdomen von Pierre Duval, A. Gosset, P. Lecène und Ch. Lenormant. Eine Besserung gegen früher ist, daß in diesem Bande in der Inhaltsübersicht jedem Kapitel der Name des Autors beigefügt ist.

Dem damals Gesagten ist nicht viel hinzuzufügen. Die Abhandlung erfolgt nach demselben Plane, wie in den anderen Bänden. Auffallend ist die Menge instruktiver schematischer Zeichnungen, so bei den Hernien und der Besprechung der Darmkrankheiten.

Es ist zu wünschen, daß für den letzten Band, der u. a. die Extremitätenchirurgie enthalten soll, ein etwas weniger kraß-schematisches Reproduktionsverfahren in Anwendung kommt, als in den bisherigen Bänden.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

4) **Krecke. Beiträge zur praktischen Chirurgie. Bericht über die Jahre 1907, 1908, 1909 aus der chirurg. Privatklinik.** München, J. F. Lehmann, 1910.

In einem stattlichen Bande ist das große chirurgische Material K.'s aus 3 Jahren übersichtlich geordnet und verarbeitet worden. Das meiste stammt aus der Feder K.'s selbst, nur einzelne Kapitel sind von Mitarbeitern geliefert.

Das Material umfaßt 9271 Kranke, davon 5464 poliklinische. 1925 Operationen wurden ausgeführt mit 60 Todesfällen, von denen 41 auf 618 Bauchoperationen entfallen.

K. übt die Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode und trägt Gummihandschuhe; er legt großen Wert auf subjektive prophylaktische Asepsis und fingerloses Operieren. Das Operationsgebiet wird nach Grossich behandelt, als Nahtmaterial dient in Sublimat gekochte Seide. Verbunden wird trocken, steril oder mit Vioformgaze. Zur Drainage wird nur das Zigarettendrain (Gazedocht in Protektivsilk gewickelt) verwandt. Die Anästhesie wird im allgemeinen mit Äthertropfnarkose herbeigeführt; beliebt ist auch der Ätherrausch, während der Lumbalanästhesie immer engere Indikationen gezogen wurden zugunsten der Lokalanästhesie mit Novokain-Suprarenin. K. ist Anhänger des frühen Aufstehens Laparotomierter, zwingt aber nur die älteren Leute, das Bett schon am 1. Tage zu verlassen. In der Nachbehandlung spielen intrarektale Kochsalzeingießungen, Atemgymnastik, Massage eine bedeutende Rolle.

Dadurch, daß das Buch nicht eine trockene Zusammenstellung von Zahlen und Krankengeschichten ist, sondern bei den einzelnen Kapiteln die Anschauungen des Verf.s über Wesen und Behandlung der betreffenden Krankheiten ausführlich niedergelegt sind, gewinnt das Werk sehr. So sind dem Karzinom

23 Seiten gewidmet. K. ist Gegner der parasitären Ätiologie und der Vererbbarkeit des Karzinoms, fordert frühe Diagnose und Operation.

Aus dem reichen Inhalt kann nur einiges herausgegriffen werden. Kehlkopfexstirpationen macht K. nur unter Lokalanästhesie ohne präventive Tracheotomie; der Luftröhrenstumpf wird in die Haut eingenäht, die Rachenwunde völlig verschlossen. 5 Fälle mit 3 Heilungen.

Eine Resektion der Lumbal- und Sakralwurzeln nach Förster wurde bei einer Spondylitis tuberc. mit Kompressionserscheinungen, nachdem die Laminektomie erfolglos geblieben war, mit dem Erfolg ausgeführt, daß die Krämpfe vollständig verschwanden.

Wegen gutartiger Magenerkrankungen wurde 19mal die hintere Gastroenterostomie mit befriedigenden Erfolgen ausgeführt. Bei Pyloruskarzinom wurde 8mal reseziert mit 1 Todesfall, 14mal gastroenterostomiert (4 Todesfälle); bemerkenswert ist, daß K. bei der hinteren Gastroenterostomie 3mal Circulus vitiosus erlebte.

Bei Darmkarzinomen (19 Pat., von denen 2 unter 30 Jahre alt waren) wurde 6mal nur ein Kunstafter angelegt, 1mal die Enteroanastomose mit Kunstafter, 8mal reseziert. Hier bevorzugt K. die zwei- und dreizeitigen Methoden, die gewählt werden müssen, wenn die Kranken im Ileus kommen.

Von 283 operierten Appendicitiden endigten tödlich 19 = 7%; davon waren 16 mit allgemeiner Peritonitis kompliziert. Das wichtigste, stets sofortige Operation verlangende Symptom ist die Bauchdeckenspannung. Bei Abszeßbildung entfernt K., wenn eben möglich, den Wurm. Bei fortschreitender Peritonitis wendet er, als zu eingreifend, Spülungen nicht an.

Von 17 Mastdarmkarzinomen konnten 13 radikal operiert werden (5 †). K. wendet die Hochenegg'sche Durchziehmethode an, oder er näht die Darmenden in der Wunde zirkulär zusammen, am hinteren Umfang eine kleine Stelle offen lassend. Eine abdomino-perineale Resektion gab recht guten Dauererfolg.

3 Blasensteine wurden durch Sectio alta mit bestem Erfolg entfernt. Bei Prostatektomie zieht K. jetzt die suprapubische Methode vor (4 Fälle, 1 †). Wandernieren operiert er nur, wenn Knickungserscheinungen vorhanden sind. Interessant sind die Krankengeschichten von 3 Hypernephromen mit Komplikationen (2 geheilt, 1 †).

146 Hernien, davon 8 eingeklemmte, kamen zur Operation. Der einzige Todesfall betraf einen eingeklemmten Nabelbruch mit Pneumonie. Beim Leistenbruch wurde nach Bassini operiert.

Bei einem schweren Plattfuß wurde durch partielle Talus- und Navicularresektion ein recht befriedigender Erfolg erzielt.

Bei Gelenktuberkulose der Kinder geht K. sehr konservativ vor und erhofft am meisten von kräftigender Allgemeinbehandlung in Verbindung mit Bier'scher Stauung. Gipsverbände werden nur selten angelegt, Jodoforminjektionen ganz vermieden. Versuche mit Tuberkulininjektionen waren ohne nennenswerte Erfolge.

Diese kurzen Proben aus dem sehr reichhaltigen Inhalt mögen genügen. Man kann aus den Erfahrungen des Verf.s manches lernen, und es wäre erfreulich, wenn auch andere Chirurgen K. in der Veröffentlichung ihrer Erfahrungen folgen möchten. Vorderbrügge (Danzig).

5) **Hans Meyer.** Bericht über 90 Friedens-Schußverletzungen. Aus der chirurgischen Klinik zu Rostock. 84 S. Verlag der Universitätsdruckerei Adler's Erben. Dissertation 1909.

Die Arbeit enthält 90 Schußverletzungen, welche von Oktober 1901 bis Dezember 1908 in der Rostocker Klinik und Poliklinik zur Behandlung kamen; davon waren 68 Verletzungen verursacht durch Revolver und Tesching, 11 durch Schrotflinten (4 Nahschüsse!), 3 durch einen geplatzten Gewehrlauf, 7 durch explodierte Patronen. Art der Verletzung, Entfernung usw. sind genau beobachtet. Den Kopf betrafen 12 Fälle (davon 6 perforierend), den Hals 3, die Brust 7, den Bauch 3, die oberen Extremitäten 50, die unteren 15.

Der aseptische Verlauf überwog bei weitem, außer bei den Verletzungen der Extremitäten, andererseits heilten 2 Kniegelenksschüsse nach Punktion des Blutergusses aseptisch. Auch die Lungenschüsse verliefen sehr günstig, meist reine einfache Weichteilschüsse. Die Behandlung war überwiegend konservativ und folgte ganz den Bergmann'schen Lehren; auch quoad functionem waren die Heilungserfolge gut. Nie trat Tetanus auf, obwohl Tetanusantitoxin prophylaktisch nur einmal zur Anwendung kam.

Eine gut geheilte Herzbeutelschußverletzung wurde mittels Durchleuchtung diagnostiziert aus den mit der Herzaktion synchronen horizontalen, und mit der Respiration synchronen vertikalen Bewegungen des Geschosses in Höhe der unteren Herzgrenze.

Eine Pankreasschußverletzung, geheilt durch Pankreasnaht, ist bereits veröffentlicht (Becker in den Beiträgen zur klin. Chirurgie Bd. XLIV, Hft. 3).

Von 10 Knochenschüssen der oberen Extremität verliefen 4 aseptisch (Finger- und Metacarpalbrüche). Eine schwere Oberarmverletzung, durch Jagdflintenschrotschuß aus nächster Nähe, machte Axillarisunterbindung, Nervennaht, Spaltung einer Dekubitalphlegmone und schließlich Exartikulation der Schulter nötig.

Im Gegensatz zu den Kniegelenksschüssen (s. o.) kam es bei allen 4 Knochenschüssen der unteren Extremität zur Infektion, und wurden operative Eingriffe nötig.

Das Beobachtungsmaterial bestätigt, daß bei ländlicher Klientel, wie in Rostock, die Extremitätenschüsse überwiegen, in Städten Kopf- und Brustschüsse.

H. Gaupp (Bromberg).

---

6) **W. A. Schaack.** Zur Frage der traumatischen Aneurysmen nach Schußverletzungen und über ihre operative Heilung. (Sep.-Abdr. aus »Weljaminow's chir. Archiv« 1910. [Russisch.])

Aneurysmen sind in Rußland seit dem Kriege an der Tagesordnung. Auch die vier Pat. S.'s waren Opfer des Krieges. Es handelt sich um ein Aneurysma der linken Art. axillaris, zwei arterio-venöse Aneurysmen der Femoralis und ein solches der Carotis und Jugularis. In allen Fällen wurde von K. P. Dombrowski die Unterbindung der Gefäße und Exstirpation der Aneurysmen vorgenommen, im ersten Falle mit gutem, in den anderen mit nur teilweise befriedigendem Erfolge.

S. kommt zu der Überzeugung, daß bisher eine gute Methode der operativen Behandlung noch fehlt, daß man streben müsse, mit Hilfe der Gefäßnaht ideale Resultate zu bekommen. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

7) Herhold. Über einheitliches chirurgisches Handeln auf den Verbandplätzen. (Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1910. Hft. 20.)

In künftigen Kriegen wird infolge der zu erwartenden Massenverletzungen von den Sanitätsoffizieren auf den Verbandplätzen nach einem einheitlichen vorgeschriebenen Schema gehandelt werden müssen; alles Individualisieren hat, wie von den Chirurgen des russisch-japanischen Krieges hervorgehoben wird, zu unterbleiben. Folgendes Schema würde für die Tätigkeit der Sanitätsoffiziere auf den Truppen- und Hauptverbandplätzen empfohlen werden können.

1) Die Verwundeten möglichst schnell verbinden, laben (durch Essen und Trinken) und weiter befördern.

2) Vor dem Verbinden oder Operieren die Hände 5 Minuten lang mit durch Spiritus getränkten, mehrfach erneuerten Wattebäuschchen abreiben oder Hände mit Jodtinktur völlig bestreichen.

3) Instrumente vor dem Gebrauch in Wasser auskochen oder, falls kein Wasser vorhanden, mit Spiritus abreiben und durch Feuer ziehen. Spritzen vorher durch Ausspritzen mit 3%iger Karbollösung reinigen.

4) Wundumgebung nicht reinigen, sondern nur die Haare durch trockenes Rasieren entfernen.

5) Weichteil- oder Knochenwunden niemals sondieren oder tamponieren, sondern nur mit steriler oder antiseptischer Gaze bedecken, Verband durch zwei kreuzweis gelegte Heftpflasterstreifen oder durch Binde festhalten; bei Gefahr des Abrutschens der Binde (Hüfte, Schulter) über diese vorn und hinten, wo Mull liegt, noch zwei Heftpflasterstreifen kreuzweise legen. Bei großen, durch Schrapnells oder Granatsplitter verursachten Wunden vorher Jodtinktur aufgießen oder, wenn nicht vorhanden, Jodoformpulver aufstreuen.

6) Sind Erweiterungen der Wunde nötig, Umgebung durch Aufpinseln von Jodtinktur desinfizieren, ebenso bei etwa notwendigen Operationen Operationsfeld nur durch Aufstreichen von Jodtinktur vorbereiten.

7) Nur die allernotwendigsten Operationen machen; als solche sind anzuerkennen: Unterbindung von Gefäßen und Luftröhrenschnitt. Amputationen nicht ausführen; hängt ein Glied nur noch an Weichteilfetzen, so daß Verbinden unmöglich ist, Entfernen des Gliedes durch Durchschneiden der Weichteile, Unterbindung der Gefäße, Verband (Notamputation).

8) Unterbindungen von Gefäßen direkt in der Wunde machen, wenn Blutung durch auf die Wunde fest gebundenen Tampon nicht zu stillen ist.

9) Bei Verletzungen des Kehlkopfes möglichst Kanüle in den geöffneten Kehlkopf einführen, eventuell aber typischer Kehlkopfschnitt.

10) Knochenschüsse nicht tamponieren, keine gelösten Knochensplitter herausreißen. Immobilisieren der Glieder vorwiegend vermittels durch Gips- oder Stärkebinden befestiger (Papp-, Stroh- usw.) Schienen.

11) Oberschenkelknochenschüsse und Bauchschüsse möglichst nicht transportieren, Bauchschüsse innerhalb der ersten 24 Stunden nichts essen und trinken lassen.

12) Bei Ausgebluteten subkutane Kochsalzinfusionen, gegen Schmerzen Morphium, gegen Pulsschwäche Exzitantien.

13) Zur Narkose Chloroform tropfenweise in kleinen Mengen; bei kleineren Operationen subkutane und subfasciale Einspritzungen einer 0,5%igen Novokainlösung. (Selbstbericht.)

8) Ernst Leonpacher (Traunstein). Über Allgemeinbehandlung vor und nach Operationen. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Verf. bringt einen Bericht über die von verschiedenen Seiten empfohlenen und die am häufigsten angewandten Methoden der Allgemeinbehandlung vor und nach Operationen; bei letzterem Kapitel nimmt er begreiflicherweise oft auf das Reichel'sche Lehrbuch Bezug. Die Arbeit bringt eigentlich nichts Neues, ist aber in dieser Zusammenstellung immerhin dankenswert. Manche der empfohlenen, an und für sich recht löblichen Maßnahmen sind allerdings wohl in der Mehrzahl der öffentlichen Krankenhäuser gänzlich undurchführbar.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

9) H. v. Baeyer. Fremdkörper im Organismus. Bakterielle und mechanische Ausstoßung. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Die aus der Angerer'schen Klinik stammende Arbeit bildet die Ergänzung zu einer früheren desselben Autors über die Einheilung von Fremdkörpern im Organismus. Er bespricht die diesbezüglichen Anschauungen der verschiedenen Autoren — Literaturverzeichnis von 71 Nummern — und seine eigenen Beobachtungen. Danach sind zur Verhütung der Ausstoßung folgende Punkte zu beachten (in gekürzter Form):

1) Strengste Asepsis bei der Operation. 2) Kompakte Körper sind den porösen vorzuziehen. 3) Wenn sich die Verwendung eines porösen Fremdkörpers nicht umgehen läßt, imprägniere man ihn mit einem Antiseptikum; es erscheint zweckmäßig, letzteres am Fremdkörper festzuhalten durch Verwendung von Vaselin oder Paraffin (z. B. zur Vorbereitung der Seide). 4) Das Antiseptikum ruft eine chemische Eiterung hervor, die jedoch sehr rasch nachläßt. 5) Die Ansammlung von Blut im Bereich des Fremdkörpers ist, da sie die Entwicklung von Bakterien begünstigt, möglichst zu vermeiden; eventuell temporäre Drainage. 6) Das umgebende Gewebe soll möglichst wenig verletzt werden, da nekrotisches Gewebe gleichfalls für Bakterien einen günstigen Nährboden bildet. 7) Eine in geringem Grade chemisch reizende Eigenschaft des Fremdkörpers ist nützlich, weil dadurch die Entwicklung einer dicken, derben, gefäßarmen Kapsel um denselben begünstigt wird. 8) Sorgfältige Pflege der Haut des Pat. vor der Operation. 9) Die Darmtätigkeit ist vor und nach der Operation zu regeln, damit nicht Darmbakterien die Ausstoßung des Fremdkörpers einleiten. 10) Die Implantation von Fremdkörpern darf nicht bei fieberhaft Erkrankten vorgenommen werden. 11) Der Fremdkörper soll sich seiner nächsten Umgebung gegenüber nicht bewegen. 12) Deshalb muß meist der operierte Körperteil, vor allem die dem Fremdkörper zunächst liegenden Gelenke, durch den Verband für einige Zeit festgestellt werden. 13) Läßt sich nach der Operation ein stärkerer mechanischer Reiz nicht vermeiden, so achte man darauf, daß das seröse Exsudat, welches den Fremdkörper umspült und das Gewebe vor dessen Insulten schützt, nicht abfließen kann (Verhütung von Fistelbildung!). 14) Wenn ein Fremdkörper dazu dienen soll, Bewegungen zu vermitteln, wie wir es von künstlichen Sehnen verlangen, so dürfen Bewegungen erst nach einiger Zeit zugelassen werden, wenn der Fremdkörper sich eingekapselt hat und sich mitsamt seiner Kapsel bewegt. 15) Der Fremdkörper soll glatt, möglichst leicht und klein sein. 16) Ebenso wie stärkere Bewegung kann ein konstanter intensiver Druck oder Zug von seiten des Fremdkörpers eine Ausstoßung verursachen.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

10) Lothar Dreyer. Über die Möglichkeit sofortiger Bewegungsaufnahme nach Sehnennaht. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Verf. geht von der Tatsache aus, daß die heute übliche Behandlung der Sehnenverletzungen — mit möglichster Entspannung nach der Sehnennaht und möglichst langer Ruhigstellung — in funktioneller Hinsicht keine guten Resultate gibt oder aber bis zur Erzielung eines solchen einer unverhältnismäßig langen und mühevollen Nachbehandlung bedarf.

Verf. hat sich nun zur Erreichung einer besonders zugfesten und nicht schädigenden Sehnennaht eine etwas abweichende, durch fünf Figuren erläuterte Fadenführung ersonnen und damit in der Küttner'schen Klinik ausgedehnte (48) Tierversuche an Kaninchen vorgenommen. Er ging in drei Etappen vor. Zunächst nähte er die Sehnen zwar ohne Entspannung aber mit Ruhigstellung, sodann mit sofortiger Bewegungsaufnahme nach der Sehnennaht, zum Schluß ließ er die Tiere sofort auftreten.

Die Resultate seiner Tierversuche waren so ermutigend, daß er daraus den Schluß zog: »Auch bei den Sehnenverletzungen des Menschen kann man künftighin — unter Anwendung einer auf richtigen physikalischen Erwägungen beruhenden Fadenführung — auf die langdauernde Fixation des betreffenden Gliedes in extremer unnatürlicher Stellung verzichten und mit Bewegungen möglichst umgehend beginnen. Alle die Nachteile, die mit der längeren Ruhigstellung des betreffenden Gliedes in solcher für den späteren Gebrauch so ungeeigneten Haltung verknüpft sind — die Bildung von höchst ungünstig liegenden Verwachsungen, die Verkürzungen, die Schrumpfung der gesamten Weichteile, die Beeinträchtigung der Gelenkfunktion — sie alle werden auf solche Weise vermieden.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

11) Emil Kollsch. Zur Kenntnis der sogenannten „Raynaud'schen Krankheit“. (Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. V. Hft. 3.)

K. beschreibt den Sektionsbefund eines an Raynaud'scher Krankheit verstorbenen 6monatigen Kindes. Es fand sich dabei eine ziemlich ausgedehnte, dem ersten Stadium der Arteriosklerose entsprechende Intimaverdickung an Arterien und Venen, am stärksten an den Gefäßen der befallenen Körperteile und an den basalen Gehirnarterien. K. hält diese Gefäßveränderungen aber nicht für die Ursache der Krankheit, glaubt vielmehr, daß die Gangrän und die Arteriosklerose auf eine gemeinsame Ursache, nämlich spastische Gefäßkontraktionen infolge einer Erkrankung der Vasomotoren zurückzuführen seien.

Trappe (Breslau).

---

12) Enderlen, Hotz und Flörcken. Über Parabioseversuche durch direkte Gefäßvereinigung. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Die Arbeit stammt aus der Würzburger Klinik (Prof. Enderlen). Während mit Hilfe der Gefäßnaht die Autotransplantation von Organen schon mehrfach gelungen ist, hat die Homoiotransplantation auch in den Händen der geschicktesten Operateure bisher keinen einzigen Dauererfolg aufzuweisen. Da alle übrigen Bedingungen »der Ernährung, des funktionellen Reizes und des sympathischen Nervenanschlusses« (Roux) die gleichen sind, muß ein noch unbekannter Faktor an dieser Verschiedenheit der Resultate die Schuld tragen, nämlich die von E.

und Borst erwiesene Tatsache einer biochemischen Differenz gleichartiger Tiere; eine solche besteht selbst zwischen Geschwistern. Eine Homoiotransplantation verspricht nur dann Erfolg, wenn es gelingt, einen Ausgleich dieser Differenzen herbeizuführen. Während von Oppel zu diesem Zweck Einspritzungen von Serum der Versuchstiere vorausgeschickt wurden, versuchten Verff. die Frage mittels der Parabiose zu lösen. Bei den Tierversuchen von Sauerbruch und von Morpurgo, wo zwischen dem parabiotischen Tiere nur eine Hautmuskelvereinigung hergestellt wird, ist aber nach den Untersuchungen verschiedener Forscher der Blutaustausch durch die Haut- und Muskelnarbe nur sehr gering. Verff. wählten deshalb für ihre Versuche die Gefäßanastomose zwischen beiden Tieren, Carotis zu Carotis, Vena jugularis zu Vena jugularis. Es wurden 12 Versuche an 12 Paar Hunden ausgeführt; von 6 Versuchen werden die Protokolle mitgeteilt. Ein endgültiger Erfolg, das Zusammenheilen zweier Tiere, gelang in keinem Falle. Infolge der Unmöglichkeit einer festen Fixierung beider Tiere kam es in den meisten Fällen zur Verblutung nach außen oder — infolge Thrombose an einer Nahtstelle — nach innen, also Verblutung des einen Tieres in das andere. In den besten Fällen gelang es, den Blutaustausch bis zu 3 Tagen zu unterhalten. Durch Injektionen von Indigokarmin, Phloridzin oder Kochsalzlösung bei dem einen Partner wurde festgestellt, daß ein langsamer, aber sehr vollständiger Blutaustausch zwischen beiden Tieren stattfindet. Die befürchteten Schädigungen, das Auftreten von Hämolyse und Agglutination, ließen sich nicht feststellen; keine Hämoglobinurie. Trotzdem so toxische Wirkungen ausblieben, glauben Verff. doch nicht, daß bei ihren Tieren eine Homogenisierung, d. h. ein Verschwinden der individuellen biochemischen Differenzen eingetreten sei.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

13) **R. Meissner. Beiträge zur Gefäßnaht.** Inaug.-Diss., Berlin, 1910.

Zwei Fälle aus der Rostocker chirurgischen Klinik. 1) Schrotschußverletzung der rechten Carotis communis, Carotis interna und Vena jugularis mit Verschluß von insgesamt acht Gefäßwunden durch Naht und 2) arterielles venöses Aneurysma des linken Oberschenkels nach Platzpatronenverletzung mit Unterbindung der Vena und seitlicher Naht der Arteria femoralis) werden beschrieben. Von den beiden Fällen führte der erste infolge von Gefäßnaht unabhängiger Embolie und Thrombose der Art. cerebri media mit sekundärer Gehirnerweichung zum Tode, der zweite ging in Heilung über. Eine Statistik über die bisher veröffentlichten Fälle von Gefäßnaht bei Aneurysmen beschließt die Dissertation.

Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

14) **Trembur. Serumbehandlung bei Haemophilie.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

T. berichtet über das weitere Schicksal einer erfolgreich mit Serum behandelten Bluterin (s. dieses Zentralblatt 1910, p. 446). 9 Monate nach der Entlassung aus der Klinik kam sie wieder mit schwerster Anämie; sie hatte 9 Tage aus der Scheide so große Blutungen verloren, daß nun auch Seruminjektionen den tödlichen Ausgang nicht zu verhindern vermochten. Doch konnte Verf. feststellen, daß nach den Seruminjektionen bei dieser Pat. sowie bei einem hämophilen Knaben die Leukocytenzahl sehr stark anstieg, und er vermutet, daß die günstige Wirkung der Serumtherapie auf der in ihrem Gefolge auftretenden Leukocytose beruht. Ungünstige Nebenwirkungen des Serums wurden nicht beobachtet.

Haeckel (Stettin).

---

15) **Lothar Dreyer. Stützen und Gefahren der Sauerstoffatmung bei schweren Blutverlusten.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die Arbeit stammt aus der Küttner'schen Klinik. Die einschlägigen Fragen wurden an 50 Kaninchen geprüft, nachdem schon durch ältere Untersuchungen bekannt ist, daß der Grenzwert des tödlichen Blutverlustes beim Hauskaninchen recht konstant 3% des Körpergewichts beträgt.

Die Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse lautet in gekürzter Form:

1) Bei schweren Blutverlusten kommt der Atmung reinen Sauerstoffes, wie Küttner zuerst betont hat, vielfach eine geradezu lebensrettende Bedeutung zu. Es empfiehlt sich, von dieser Erkenntnis praktisch den weitgehendsten Gebrauch zu machen.

2) Eine noch größere Wirksamkeit der Sauerstoff-Überdruckatmung hat sich bisher nicht feststellen lassen. Im Gegenteil! Erstens erscheint es fraglich, ob die Blutflüssigkeit imstande ist, eine größere Menge Sauerstoff aufzunehmen. Zweitens wirkt jede Atmung unter höherem Überdruck bei geschlossenem Thorax zweifellos schädlich auf den Zirkulationsapparat. — Demnach ist von einer Sauerstoff-Überdruckatmung als Hilfsmittel bei schweren Blutverlusten abzusehen.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

16) **G. Cardone. Sul mecanismo della vasoconstrizione adrenalinica.** (Policlinico, sez. med. XVII. 11 u. 12. 1910.)

Verf. bringt zunächst eine Übersicht über den bisherigen Stand der Adrenalinforschung und berichtet dann über seine eigenen Experimente bezüglich der Wirkungsweise des Adrenalins. Diese wurde in der Weise geprüft, daß die Nieren künstlich durchblutet wurden, wobei der Blutflüssigkeit Adrenalin und verschiedene antagonistisch wirkende Substanzen (Amylnitrit, Curare, Apocodein) zugesetzt wurden.

Die Experimente ergaben mit Sicherheit, daß die Vasokonstriktion auf der Muskelwirkung des Adrenalins beruht. M. Strauss (Nürnberg).

---

17) **Bunts. A pneumatic tourniquet.** (Annals of surgery 1910. Novemb.)

Verf. beschreibt ein Tourniquet, das aus zwei nebeneinander befestigten und in der Mitte durch eine Öffnung kommunizierenden Gummischläuchen besteht. Diese Gummischläuche werden um Arm oder Bein gelegt und können durch ein mit Ablaßhahn versehenes Gebläse, wie beim Riva-Rocci'schen Apparat, so stark aufgeblasen werden, daß dadurch die Arterien zugedrückt bleiben. Die Vorteile dieser Aderpresse gegenüber den übrigen Gummischläuchen und Gummibinden bestehen darin, daß sie auch in Laienhänden niemals ischämische Schädigungen hervorrufen können, und daß die Lockerung, um nachzusehen, ob alle Gefäße unterbunden sind, einfach durch Ablassen von Luft aus dem Ablaßhahn bewerkstelligt wird. Ist wieder eine Kompression nötig, so wird nur Luft vermittels des Handgebläses hineingepumpt. Herhold (Brandenburg).

---

18) **Felix Pielsticker. Über traumatische Nekrose und Regeneration quergestreifter Muskeln beim Menschen.** (Virchow's Archiv Bd. CXCVIII. p. 374.)

Ausführlicher Bericht über die histologischen Befunde, die Verf. an einem durch einfache Kontusion verletzten Muskel einige Zeit nach der Verletzung

erheben konnte. Er schließt sich auf Grund seiner Untersuchungsresultate im großen und ganzen der Volkmann'schen Ansicht über die Regeneration quergestreifter Muskeln an. Die Details der histologischen Untersuchungen lassen sich nicht im Rahmen eines kurzen Referates wiedergeben.

Doering (Göttingen).

---

19) **D. Maragliano.** Istopatologia degli impianti nervosi centrali parziali. (Policlinico, sez. chir. XVII. 12. 1910.)

Verf. experimentierte an Hunden und Kaninchen, denen er einen größeren Nerv der Länge nach spaltete, worauf der abgespaltene Teil peripher quer durchtrennt wurde, um mit dem peripheren Ende eines anderen Nerven vereinigt zu werden.

Es ergab sich, daß der abgespaltene Teil der Degeneration verfiel, wenn sein Querschnitt kleiner war als die Hälfte des Nervenquerschnitts, von dem der Spaltteil genommen war. Die Degeneration war um so schwerer, je länger und feiner der abgespaltene Teil war. Trotz genügenden Querschnitts kam es weiterhin zur Degeneration, wenn der abgespaltene Teil sehr lang war und auf seinem Wege geknickt oder durch enge Gänge geführt wurde. Eingetretene Infektion bedroht auch den Nerven von dem der Spaltteil genommen wird, so daß dadurch vollkommene Lähmung im Bereiche des gesamten Nervenstammes eintreten kann. Der Schutz der Nervennaht durch Foramitti'sche Arterienrohre ist wertvoll, wenn auch die Arterien rasch der Resorption verfallen.

M. Strauss (Nürnberg).

---

20) **F. Imperiali.** La cura del tetano. (Giorn. di med. militare Bd. LVIII. Heft 10 u. 11. 1910.)

Die ausführliche, über 70 Seiten umfassende Monographie über die Therapie des Tetanus gibt nach einer kurzen historischen Darstellung und nach einer eingehenden Schilderung der Pathogenese des Tetanus eine kritische Übersicht über die verschiedenen Behandlungsmethoden, von denen die Bacelli'sche Karbolsäureinjektion auf Grund einer Statistik von 190 Fällen besonders berücksichtigt wird. Infektionsverdächtige Wunden erfordern peinlichste Anwendung aller antiseptischen und aseptischen Hilfsmittel, weiterhin Injektionen von Antitetanusserum in großen Dosen (20—30 ccm). Diese Injektionen sind am 2., 4., 8., 10. Tage und weiterhin alle 6—8 Tage zu wiederholen, so lange die Wunde noch keine guten Granulationen zeigt.

Bei Pat., die tetanusverdächtige Symptome bereits zeigen, muß eine energische antitoxische Kur einsetzen, bevor noch das Bild in seiner ganzen Schwere vorhanden ist. Hierbei ist die Bacelli'sche Methode der Serotherapie weit überlegen. Diese ist nur in subakuten Fällen wirksam, während sie in schweren und ganz schweren Fällen die Bacelli'sche Methode unterstützen kann. Die Serotherapie ergab im Durchschnitt ca. 52% Heilung, die Bacelli'sche Methode 83%. Demzufolge kommt für die Therapie des beginnenden Tetanus eine Kombination von Serotherapie und Karbolsäureinjektionen in Betracht, für den ausgebrochenen Tetanus, sowie bei bereits geschlossenen Infektionswunden ist die Serotherapie ganz wertlos.

Bei jeder Therapie ist sorgfältige Beachtung der allgemein hygienischen und symptomatischen Behandlung nötig (Nährklistiere, Chloralhydrat, Kochsalzinfusionen). Die Fälle von ganz akutem, blitzartig auftretendem Tetanus trotzen

jeder Therapie. Alle sonstigen therapeutischen Bestrebungen (Organotherapie, Cholesterindarreichung, Lumbalanästhesie mit Magnesiumsalzen) sowie die Beobachtungen der letzten großen Kriege (Buren-, japanisch-russischer Krieg) und Katastrophen (Erdbeben von Messina) werden entsprechend gewürdigt.

M. Strauss (Nürnberg).

---

21) **A. Bellusi.** Acido fenico per iniezoni sottocutanee nella cura del tetano traumatico (cura Bacelli). (Policlinico, sez. prat. XVII. 50.)

Ein 32jähriger Bauer erkrankte 8 Tage nach einer Fußverletzung an Tetanus (Trismus, Nackenstarre). Die sofort eingeleiteten subkutanen Karbolsäureinjektionen (pro die 40 cg Karbolsäure) führten vom 3. Tage an zur Besserung und später zur Heilung. Im ganzen wurden 3 g Karbolsäure verwendet. Schädliche Nebenwirkungen fehlten.

M. Strauss (Nürnberg).

---

22) **Charteris.** The action of thiosinamine. (Glasgow med. journ. 1910. September.)

Verf. hat in einer ganzen Anzahl von Fällen ausschließlich bindegewebiger narbiger Krankheitsprozesse Thiosinamin und Fibrolysin angewendet in Salbenform, zu Injektionen und innerlich, aber niemals waren nennenswerte Besserungen zu bemerken.

Das Blut wird nicht nennenswert verändert, nach langdauerndem Gebrauch ist die Blutveränderung nur sehr gering; Chemotaxis entsteht nicht; bisweilen, aber selten, kommt es zu Vergiftungserscheinungen bei Anwendung des Mittels.

W. v. Brunn (Rostock).

---

23) **Leo Dorn.** Über Dermatolvergiftung. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Verf. berichtet aus der Angerer'schen Klinik über nicht weniger als 9 Fälle von Dermatolvergiftung, von denen 5 tödlich verliefen! Von einer Schindungsverletzung abgesehen, handelte es sich in allen übrigen um ausgedehnte Brandwunden, die viele Wochen lang mit Dermatolsalbe oder Dermatolpulver behandelt wurden. In allen Fällen führte das Dermatol, d. i. basisch-gallussaures Wismut, zum typischen Bilde einer subakut-chronischen Wismutvergiftung: akute Stomatitis mit Salivation, Foetor ex ore, Schwellung des Zahnfleisches, der Zunge, der Speicheldrüsen, der Wangen- und Rachenschleimhaut, Lockerung der Zähne, Schwarzfärbung des Zahnfleischrandes und Ulzeration im Munde; ferner Magen-Darmkatarrh und Nephritis. In dem zweiten Falle kam es zu Gangrän der Mundschleimhaut, die nach außen auf die Unterlippe und Wange übergriff; es entstand so ein eigenartiges klinisches Bild, so daß der Fall im Jahre 1908 in einer Dissertation fälschlich als »Noma« beschrieben wurde. In zwei Fällen fand Sektion statt, deren Resultate besonders vom ersten Falle eingehend beschrieben sind. Die Wismutvergiftungen bei Einspritzung der Beck'schen Wismutpaste in Fisteln und Abszeßhöhlen sowie bei innerer Anwendung in der Röntgentechnik sind allgemein bekannt; weniger anscheinend die Gefahren des Dermatols in der Wundbehandlung. Verf. mahnt deshalb zur Vorsicht in seiner Anwendung bei ausgedehnten Wunden. Trotzdem wurde dieses durchaus entbehrliche Mittel sogar in der Münchener Klinik noch nach autoptischer Klarstellung des ersten Falles noch in fünf weiteren Fällen von ausgedehnten Brandwunden angewendet.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

24) Ehrenfried und Cotton. Reverdin and other methods of skin-grafting. (Boston med. and surg. journ. Vol. CLVI. Nr. 26. 1909.)

Die Arbeit gibt im ersten, historischen Teil einen außerordentlich sorgfältigen, eine Fülle interessanter Einzelheiten enthaltenden, kritischen Überblick über die Entwicklung der verschiedenen plastischen Operationen seit dem Altertum. Dabei wird jede der klassischen vier Hauptmethoden, Reverdin, Thiersch, Wolfe, Lappenplastik, historisch und zugleich kritisch für sich besprochen, dann auch die übrigen Methoden, besonders Heteroplastik, Plastik von Tier auf Mensch usw.

Im zweiten, technischen, Teil treten Verff. warm für die alte Reverdin'sche Transplantation ein, die in Deutschland wohl allgemein verlassen ist. Die Hauptvorzüge des Verfahrens sollen sein seine größere Einfachheit, die Geringfügigkeit des Eingriffs, die geringe Schmerzhaftigkeit, da nur kleine Stückchen Epidermis und im ganzen weniger Material wie bei Thiersch und alles vom Pat. selbst, gebraucht wird, das in Lokalanästhesie entnommen werden kann. Das Verfahren kann ohne jede Assistenz im Hause des Kranken selbst ausgeführt werden, da es weniger Asepsis braucht wie die Thiersch'schen Transplantationen; auch auf eitrigen Granulationen heilen Reverdin-Läppchen meist an. Daher soll das Verfahren auch zuverlässiger sein. Ferner wird als Vorteil gerühmt der einfachere Verband, leichtere Nachbehandlung, Leichtigkeit etwaiger Wiederholung, die geringe spätere Schrumpfung. 13 Fälle gelungener Reverdin-Transplantationen mit Abbildungen veranschaulichen das Gesagte.

Nach Ansicht der Verff. hat das Thiersch'sche Verfahren ohne genügenden Grund das von Reverdin verdrängt. Sie bezeichnen das Thiersch'sche Verfahren als die »größere« Operation, welches gewöhnlich Allgemeinnarkose erfordert und mehr Assistenz. Das Abkratzen der Granulationen vorher halten sie wegen der oft folgenden Blutung für die Ursache mancher Mißerfolge.

Allen diesen Bedenken wird von deutschen Chirurgen schwerlich Wert beigemessen werden, da persönliche Erfahrung gerade auf solchem Gebiet allein entscheidet; doch ist zweiffellos manches in den Ausführungen im einzelnen richtig.

Ebenso wie bei der Besprechung des Verfahrens von Reverdin und Thiersch, äußern die Verff. auch bei der Wolfe'schen Methode und der Lappenplastik eine erstaunliche Beherrschung des Stoffes, als auch verraten sie praktisch eine minutiöse Vertrautheit mit allen Einzelheiten. Letzteres macht die Arbeit auch für den Praktiker sehr interessant und lesenswert.

Den dritten Teil bildet ein umfassendes internationales Literaturverzeichnis von fast 550 Nummern. H. Gaupp (Bromberg).

---

25) Davis. Skin transplantation. (Johns Hopkins hospital reports Vol. XV. 1910.)

Eine umfangreiche Arbeit auf Grund des Materials der Halsted'schen Klinik, 550 Fälle betreffend.

Es wird zunächst die Geschichte der Hauttransplantation erörtert und dann die verschiedenen Methoden unter Wiedergabe zahlreicher guter Abbildungen besprochen. Halsted bedient sich zum Schneiden der Epidermislappen stets des zweischneidigen Messers, der Cateline, und läßt die Haut durch angepreßte breite sterilisierte Platten spannen. Auch er machte die Erfahrung, daß man die Lappen ruhig einen oder mehrere Tage aufheben kann, ehe man sie auf die zu deckende Wundfläche auflegt. Das Alter des Pat. spielt nur eine geringe

Rolle, die Lappen heilten bei Leuten über 60 Jahre gerade so gut an wie bei jüngeren Pat. Aber bei Syphilitikern heilen sie schlecht an. Man vermeide Antiseptika. Allgemeinnarkose ist meistens notwendig, doch kommt man bisweilen auch mit regionärer Anästhesie aus. Je größer der Lappen, um so besser; man tut aber gut, Lappen von mehr als 3 qcm Größe mehrfach zu perforieren, damit die Sekrete unter dem Lappen leicht abfließen können. In den meisten Fällen wurde Silberfolie auf die Läppchen aufgelegt mit gutem Erfolge. Mäßige Befeuchtung mit physiologischer Kochsalzlösung ist vorteilhaft. Zu starker Druck und zu massiger Verband sind zu meiden. Bedecken der Läppchen mit einem weitmaschigen dünnen Gumminetz ist sehr zu empfehlen, auch hat es sich sehr bewährt, einen der transplantierten Körpergegend angepaßten Kasten aus Drahtnetz über ihr sicher zu befestigen, der einerseits der Luft freien Zutritt gestattet und andererseits Verletzungen und Druck der Stelle unmöglich macht. Verf. demonstriert die Applikationsmöglichkeiten dieser Drahtschutznetze an zahlreichen Abbildungen. Die Lappen heilen auf sauberen Granulationsflächen genau so gut wie auf frischen Wunden. Transplantation von einem auf den anderen Menschen heilen ebenso gut an wie solche vom Pat. selbst, nur muß man peinlich darauf achten, daß der Spender des Lappens ganz gesund ist und im besonderen weder an Syphilis noch an Tuberkulose, noch an Pocken leide, bzw. gelitten habe. Nach Aufpflanzung von Cutislappen bildet sich sehr schnell, auch nach völliger Entfernung des Fettgewebes, eine neue Fettgewebsschicht, die eine gute Beweglichkeit des Lappens zur Folge hat. In wenigen Wochen beginnt die Empfindung wiederzukehren, dann stellt sich die Schmerzempfindung und zuletzt das Temperaturgefühl ein. Wenn man von Weißen auf Schwarze oder umgekehrt transplantiert, so wird der Lappen bald, der Hautfarbe des Transplantierten entsprechend schwarz bzw. weiß. Reverdin'sche Läppchen sollte man nicht mehr verwenden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

26) **Adolf Schnée. Elastomassage.** (Eine neue Massagemethode.) II. (Med. Klinik 1910. p. 1215.)

Schilderung der Elastomassage an den einzelnen Körperstellen (Bilder). Besonders werden Streichungen des Kopfes, Walkungen der Arme und Beine, Verbindung von Streichungen und Knetungen des Rückens empfohlen. Große Erfolge bei Fettsucht. Der Elasto eignet sich auch für Thermo- und Elektromassage.

Georg Schmidt (Berlin).

---

27) **Howard. Pneumococcic arthritis.** (Johns Hopkins hospital reports Vol. XV. 1910.)

Von 1899 bis 1906 kamen im genannten Hospital 658 Fälle von Pneumonie durch den Pneumokokkus Fraenkel zur Beobachtung; von diesen bekamen 5 eine metastatische Gelenkeiterung.

Die Arthritis an sich bedingt keine schlechte Prognose des Falles. Therapeutisch kommt man unter Umständen ohne Gelenkeröffnung aus, doch tut man gut, besonders bei Kindern, eine schonende Inzision zu machen, das Exsudat abzulassen und die Gelenkhöhle zu spülen. W. v. Brunn (Rostock).

---

28) **Ely. The pathology of joint tuberculosis: tuberculous sinuses.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 15. 1910.)

Ein sehr berechtigter dringender Mahnruf an die Ärzte: tuberkulöse Abszesse soll man nicht eröffnen, wenn man nicht in der Lage ist, den ganzen tuberkulösen

Herd zugleich radikal zu entfernen. Ist ein tuberkulöser Abszeß erst einmal mischinfiziert, so breitet sich erfahrungsgemäß die bis dahin lokalisierte Tuberkulose auf die Abszeßwand und auf die weitere Umgebung aus.

W. v. Brunn (Rostock).

---

29) G. Thom (Kasr-el-Ainy Hospital, Kairo). Two cases of gangrene following scorpion stings. (Brit. med. journ. 1910. Okt. 29.)

Interessanter Fall von Nekrose des Unterschenkels als Folge eines Skorpionstiches. Ein 26jähriger Araber verletzt sich an der Fußsohle am Stachel eines toten Skorpions. In der Folgezeit stößt sich allmählich ohne ärztliche Behandlung der Fuß und der Unterschenkel bis zum Knie ab, so daß schließlich nur noch die Unterschenkelknochen blank und poliert übrig bleiben. Auf diesem natürlichen Stelzfuß geht der Besitzer so lange, bis das Ligamentum tibio-fibulare inferius sich gleichfalls abstößt und ihn so seiner brauchbaren Gehstütze beraubt. Gleichzeitig treibt ihn die zunehmende Narbenkontraktur des Kniegelenks zum Arzt. Herstellung eines brauchbaren Stumpfes. Weber (Dresden).

---

30) Humbert. La stérilisation préoperatoire de la peau par la méthode de Grossich. (Extrait de la Gaz. méd. de Strasbourg 1909. Nr. 9 u. 10.)

Besprechung der Entwicklung der Hautdesinfektion. 183 Fälle, fast ausschließlich dem »Hopital civil de Strasbourg« entstammend, darunter 26 Laparotomien. Neben einigen Nahteiterungen, die das Maß der bei anderen Methoden üblichen (!) nicht überschritten, und außer einigen Ekzemen, besonders in der Genitalgegend, sehr gute Resultate. Das Verfahren ist auf Grund wissenschaftlicher Untersuchungen nicht nur für Notfälle, sondern auch für die tägliche chirurgische Praxis zu verwenden. (Auch Ref. benutzt es ausschließlich, meist nach vorheriger Entfettung bzw. Säuberung der Haut durch Benzin bzw. Äther. Resultate vorzüglich.) Goldenberg (Nürnberg).

---

31) R. Pürckhammer (München). Ein Nachteil der Jodbenzindesinfektion. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 42.)

Die in Lange's orthopädischer Klinik angewandte Jodbenzinreinigung mit anschließender Jodtinkturaufpinselung hatte in einem Falle eine Verbrennung der Haut I. Grades zur Folge; solche wurde auch von anderer Seite einmal beobachtet. Es war das Jodbenzin nach der Körperrückseite geflossen, wo es nicht verdunsten und dadurch jene Wirkung ausüben konnte.

Kramer (Glogau).

---

32) Wright's solution of sodium citrate and sodium chloride for drainage. (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Wird eine Lösung, welche 4% Natron chloratum und 1% Natron citratum enthält, in eine Wund- oder Abszeßhöhle eingespritzt, so findet ein verhältnismäßig starker Austritt von Lymphe und Leukocyten statt. Diese Wirkung beruht darauf, daß die Lösung das Gerinnen der austretenden Lymphe verhindert. Die Wund- und Abszeßhöhlen reinigen sich nach Verf. durch Einspritzen einer solchen Lösung schneller, es findet eine reichliche Phagocytose statt. Die Lösung soll jedoch nur 36—72 Stunden nach einer Operation, d. h. während des akuten Entzündungsstadiums verwandt werden. Herhold (Brandenburg).

---

33) J. Fessler (München). Eine milde Wunddrainage. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 41.)

F. verwendet zur Wunddrainage das Gaudafil, ein guttaperchaähnliches Präparat, das zart wie Goldschlägerhaut, sehr resistent, glatt, durchsichtig und schmiegsam, auskochbar und sterilisierbar, billiger als Silk ist. (Bezugsquelle: Herm. Katsch, München.) Kramer (Glogau).

---

34) F. Geuer (Köln-Ehrenfeld). Das Zigarettendrain. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 37.)

An Stelle des von Krecke empfohlenen Zigarettendrain für die Drainage hat sich G. das auskochbare und haltbare Pergamentpapier bewährt, das, in Zigarettenform aufgerollt, als Drain, zum Aufrollen der Nähseide, zum Auseinanderspannen der Finger der Gummihandschuhe beim Sterilisieren verwendet wird.

Kramer (Glogau).

---

35) Wildt (Andernach). Über die Verwendung vergoldeter chirurgischer Nadeln. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 38.)

Die helle Farbe dieser vergoldeten, nicht rostenden und dem Bruch weniger ausgesetzten Nadeln macht sie nicht bloß auf dem Operationstisch, sondern auch im Gewebe besser sichtbar. Der Preis stellt sich nur um 50 Pfg. für das Dutzend höher als bei den leicht abblätternden vernickelten Nadeln.

Kramer (Glogau).

---

36) Max Samuel. Über Instrumente zum Nähen. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 18.)

S. beschreibt einen von ihm angegebenen Nadelhalter; durch das eigenartige Hebelgelenk wird das Schließstück des Nadelhalters in einer Schiene bewegt, die es durch den besonderen Druck gestattet, nicht nur eine Hagedorn-Nadel, sondern auch jede andere Nadel sicher zu fassen. Außerdem hat S. die Michel'schen Klammern als Vorbild für eine Doppelklammer genommen, die in einer Pinzette mit Sperrvorrichtung sich gut handhaben läßt. Glimm (Hamburg).

---

37) Plagemann. Wie weit beeinträchtigen multiple kurzzeitige Röntgenaufnahmen das Wachstum der Extremitätenknochen, insbesondere die üblichen wiederholten Röntgenaufnahmen während der konservativen Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation des Kindes? (Verh. d. Deutschen Röntgengesellschaft VI.)

Wiederholte, in 4wöchentlichen Pausen gegebene, kurze Röntgenbestrahlungen hatten keinen Einfluß auf das Knochenwachstum, dagegen wurde bei 3—2mal 1wöchentlichen Bestrahlungen das Längen- und Dickenwachstum zurückgehalten, während das Versuchstier auch durch Allgemeinschädigung des Körpers kümmerte. Bei den Aufnahmen gelegentlich Behandlung der angeborenen Hüftgelenksverrenkung sind Störungen des Knochenwachstums und Atrophien keinesfalls als Röntgenschädigung zu betrachten, da diese Aufnahmen in noch größeren als 4wöchentlichen Pausen vorgenommen werden und sich diese Störungen auch ohne Bestrahlung finden. Immerhin ist die Belichtungszeit möglichst abzukürzen, während man bei ganz kleinen Kindern Röntgenaufnahme am besten ganz vermeidet. Trapp (Riesenburg).

---

38) **W. Arbuthnot Lane.** Discussion on the operative treatment of simple fractures. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 8.)

Auf der Versammlung der Brit. med. assoc. von 1910 eröffnete der bekannte Verfechter der operativen Behandlung von Knochenbrüchen, Arbuthnot Lane, die Diskussion über diese Frage. Ein vollkommen befriedigendes Ergebnis bei der Behandlung von Brüchen aller langen Knochen kann in der allergrößten Zahl der Fälle nur durch Operation erzielt werden. Die Forderungen der Zukunft werden den Chirurgen zwingen, seine bisher noch fehlerhafte Technik auf diesem Gebiet zu vervollkommnen. Die Schaftbrüche der langen Knochen können ohne Freilegung durch Operation überhaupt nicht befriedigend reponiert werden. Die größte Schwierigkeit liegt in der Asepsis. Verstöße hiergegen werden sich noch so lange als verhängnisvoll erweisen, bis die verbesserte Technik Gemeingut aller Chirurgen geworden sein wird. Redner erwähnt einige der von ihm angewandten Maßnahmen, die ihm als Vorbedingung zum keimfreien Operieren gelten: große Schnitte, Schutz vor Berührung der umgebenden Haut, sehr lange und kräftige Instrumente, keine Unterbindungen, Gummihandschuhe. Zur Befestigung der Bruchstücke dienen Stahlplatten und Schrauben. Die Platten müssen dem Knochen genau anliegen und tatsächlich die Bruchstücke unbeweglich machen. Wo Schrauben und Platten keinen Halt finden, wie bei rachitischen Knochen, bei schwachen alten Leuten, bei intrakapsulären Schenkelhalsbrüchen, ist die Grenze der operativen Behandlung gegeben. Abgebrochene Epiphysen bedürfen meist keiner besonderen Vorrichtung, um in ihrer Stellung festgehalten zu werden. Ist dies dennoch nötig, so müssen die Platten und Schrauben bald nach der Heilung entfernt werden, damit das Wachstum des Knochens nicht gestört wird.

Aus der Diskussion sei folgendes bemerkt. Lucas Championnière wendet sich gegen die Verallgemeinerung, die in den Forderungen Lane's liegt. So z. B. hat er selbst 80mal die Kniescheibe, aber noch nie das Olecranon genäht. Strengste Einrichtung der Bruchstücke ist durchaus keine Vorbedingung für tadellose Gebrauchsfähigkeit.

Gilbert Barling: Die unblutige Behandlung steht noch immer obenan wegen der großen Gefahren operativer Eingriffe. Vielleicht schafft die Lanesche Technik hier bis zu einem gewissen Grade Wandlung.

Deanesly nimmt einen mittleren Standpunkt ein. Knochenbrüche in der Nähe der Schulter, des Ellbogens, der Hüfte, des Kniegelenks bedürfen blutiger Behandlung. Er betont die Schwierigkeiten des Eingriffs und der Asepsis.

Willems (Gent) kennt nur wenig Fälle, in denen die blutige Behandlung nötig war, insbesondere schief geheilte Brüche, Gelenkbrüche und Zwischenlagerung von Weichteilen. Für solche Fälle verwirft er alle fixierenden Apparate, die versenkt bleiben und begnügt sich mit der Aneinanderlegung der Bruchstücke.

Spencer schränkt die Anzeigen zur blutigen Behandlung sehr ein. Kniescheibe, Olecranon, oberer Teil des Oberarms, vielleicht auch oberster Teil des Oberschenkels kommen in Frage.

Paterson verteidigt die Lane'sche Lehre. Die blutige Behandlung soll die Regel und nicht die Ausnahme sein. Alle Extremitätenbrüche sollen bei arbeitenden Menschen operiert werden mit Ausnahme der Brüche am Hals von Oberarm und Oberschenkel und an den Knöcheln, wenn letztere keine Verschiebung zeigen.

Shenton hatte als Röntgenologe Gelegenheit, die Tätigkeit Lane's nachzuprüfen und rühmt die genaue Aneinanderlegung der Bruchstücke und die schnelle und volle Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit im Gegensatz zu den unblutig Behandelten. Seine Erfahrungen lehren ihm, daß die blutige Behandlung unvergleichlich viel bessere Ergebnisse in anatomischer und funktioneller Hinsicht aufweist.

Hey Groves: Zur Entscheidung über die Vorzüge der blutigen Behandlung fehlt noch der Vergleich mit einer größeren Reihe so behandelter Brüche. Redner empfiehlt für die unteren Extremitäten die in England noch unbekannte Nagelextension.

Fagge ist als Assistent Lane's Anhänger seiner Vorschläge. Eine genaue Einrichtung ist für die Funktion nötig, kann aber nur durch Operation erreicht werden. Ein wesentlicher Vorzug der blutigen Behandlung ist die Entfernung des ergossenen Blutes, weil dieses oft zu Verwachsungen Anlaß gibt. Redner hat in den Lane'schen und seinen eigenen Fällen niemals die dem Verfahren oft vorgeworfene Entstehung einer rarefizierenden Osteitis gesehen, noch hat er je nötig gehabt, späterhin Schrauben und Platten zu entfernen.

Fullerton: Der Grund, warum so oft Knochenbrüche unbefriedigende Endergebnisse zeigen, liegt weniger an der Methode als in dem Mangel an Interesse und Sorgfalt in dem bisher üblichen und bewährten Verfahren. Ein kleiner Teil bedarf von vornherein blutiger Behandlung. Für diesen Zweck sind die Lane-schen Platten und Schrauben von überlegenem Wert.

Crawford Renton: Gelingt die Einrichtung der Bruchstücke unter Nachprüfung von Röntgen nicht ganz befriedigend, so ist die offene Operation am Platze, und zwar im Sinne des Lane'schen Verfahrens.

Huggins nimmt gleichfalls eine mittlere Stellung ein, meint aber, daß die Zahl der blutig zu behandelnden Brüche mit vermehrter Übung des Chirurgen stetig zunehmen wird.

Archibald Young ist ein starker Verfechter der offenen Behandlung, aber sie soll nicht das Verfahren der Wahl sein im Lane'schen Sinne, sondern von Fall zu Fall erwogen werden. Insbesondere hält er die Operation bei den Schrägbrüchen für notwendig, ferner bei den großen Blutergüssen zur Vermeidung eines übermäßigen Callus. Die Infektion braucht heutzutage nicht mehr gefürchtet zu werden. Die von Lane empfohlenen besonderen Instrumente hält Y. zum mindesten für überflüssig. Weber (Dresden).

---

39) P. Clairmont. Ein Vorschlag zur blutigen Einrichtung der Unterschenkel- und Vorderarmbrüche. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

C. empfiehlt für Fälle von Vorderarm- und Unterschenkelbrüchen, bei denen Querzüge nicht gut anwendbar sind, besonders weil der eine entweder unversehrt gebliebene oder höher oben gebrochene Knochen eine Zugwirkung nicht aufkommen läßt, einen kleinen, oft noch ohne größere Operation zum Ziele führenden Eingriff. Nach kleiner Inzision wird mit einem starken Haken das eine Bruchstück direkt gefaßt und in die gewünschte Lage verzogen, während man auf das andere den entgegengesetzten Druck ausübt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

40) R. Maier. Zur Indikationsstellung der Osteotomie bei rachitischen Verkrümmungen. (Charité-Annalen XXXIV. Jahrg.)

Im allgemeinen ist man der Ansicht, daß mit dem 6. Lebensjahre die Rachitis abgelaufen ist. An der Universitätspoliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin ist die Indikationsstellung im allgemeinen so, daß vor dem 6. Lebensjahr das Genu valgum und varum mit Redressement in Narkose mit nachfolgenden Gipsverbänden, die 6—8 Wochen liegen bleiben und je nach Bedarf mehrmals gewechselt werden, behandelt wird, daß nach dem 6. Jahr die Osteotomie in ihre Rechte tritt, die beim Genu valgum fast ausnahmslos am unteren Femurende ausgeführt wird. Verf. konnte nun bei einem Mädchen von 7 Jahren und mehreren Monaten, das vor der Osteotomie geröntgt werden sollte, noch im Röntgenbild deutliche Anzeichen einer noch bestehenden Rachitis finden und rät deshalb, nicht nur das Lebensalter, sondern auch das Röntgenbild bei der Indikationsstellung entscheiden zu lassen. Simon (Mannheim).

41) Karl Lexer. Nachuntersuchungen von traumatischen Schultergelenksluxationen. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Im chirurgischen Spital München l. I. kamen in den letzten 5 Jahren 109 Fälle von Schulterverrenkungen zur Behandlung. 50 wurden nachuntersucht; davon waren 40 nicht durch Knochenverletzung kompliziert. 15 Pat. waren völlig geheilt, 10 hatten mehr oder weniger starke Bewegungsbeschränkungen, 15 Herabsetzung der rohen Kraft und Schmerzen. 4 Fälle betrafen habituelle Verrenkungen, von 6 komplizierten Verrenkungen hat nur 1 Pat. wieder volle Funktion erlangt. Die Nachbehandlung war meist ambulant, sie bestand in Massage, Übungen, Heißluft. Von Wichtigkeit für den Erfolg war das Alter, der Beruf, die Dauer der Fixation und der Nachbehandlung. Die Pat., die wieder volle Funktion erlangten, waren größtenteils unter 50 Jahren alt. Zu Versteifungen kam es am häufigsten bei Pat., die vor dem Unfall schwer gearbeitet hatten (hier tritt durch das Aussetzen der Anstrengung Muskelatrophie und Kapselschrumpfung auf) oder bei solchen, die gar nicht körperlich arbeiteten (hier fehlt der Arbeitszwang, die Massage wird meist zu früh unterbrochen). L. fordert Fixation für 6—8 Tage (nicht länger!), dann mindestens 8 Wochen Massage und Heißluftbehandlung, bei älteren Pat. mehrere Monate. H. Fritz (Tübingen).

42) Joachimsthal. Zur Kasuistik der angeborenen Verwachsung der Vorderarmknochen an ihrem proximalen Abschnitt. (Charité-Annalen XXXIV. Jahrg.)

Mitteilung eines oben genannten Falles, bei dem die Diagnose schon im Alter von 2 Monaten gestellt werden konnte: typische Stellung des Vorderarms in Pronation, Unmöglichkeit der Ausführung von Pro- und Supinationsbewegungen. Röntgenaufnahme zeigt unterhalb des Olecranon eine etwa 1 cm lange knöcherne Verwachsung von Radius und Ulna, wobei die Spongiosa des einen Knochens ohne Unterbrechung in die des anderen Knochens übergeht. Die Anomalie ist mi ganzen jetzt 24mal mitgeteilt; 4mal wurde sie operativ zu beseitigen gesucht. Die Resultate sind nicht ermutigend, da die verkürzten Pronatoren und die atrophierten Supinatoren eine gute Funktion verhindern. Funktionelle Störung bei der Abnormität ist nur sehr gering. Simon (Mannheim).

43) P. Caccia (Rom). Fractures radio-épiphysaires par contre-coup des automobilistes. (Arch. génér. de chir. IV. 10. 1910.)

Bericht über fünf Fälle von Frakturen im Bereiche des distalen Drittels des Vorderarms, die durch Kontrekoup bei Automobilfahrern zustande gekommen waren. Nach einer eingehenden Darstellung der Architektur der distalen Radiusepiphyse und nach der Schilderung von Leichenexperimenten, deren Ergebnisse durch Röntgenbilder illustriert werden, versucht Verf. den Mechanismus dieser Automobilfrakturen zu erklären. Er kommt zum Schluß, daß ein Teil von ihnen analoge Bedingungen voraussetzt wie die supramalleolare Fraktur der Fibula. Es kommt zunächst zu einem Abriß des ulnaren Seitenbandes oder sogar zu einer Fraktur des Processus styloideus ulnae. Weiterhin stemmt sich das Kahnbein infolge des Shocks und der Muskelkontraktion gegen die Mitte oder das äußere Drittel der Radiusepiphyse, die dem Drucke nicht stand hält und einbricht. Die Fraktur kann auch durch direkten Druck auf den Radius und Abriß des Processus styloideus ulnae infolge des Anstemmens des Semilunarknorpels gegen das Ligamentum triangulare zustande kommen.

In einzelnen Fällen kommt es zu einem Diaphysenbruch im Bereiche des Radius, der durch Abduktion und Rotation nach außen bewirkt wird. (Die der Pronation dienenden Ligamente und Muskeln widerstreben der Rotation nach außen, und der Radius bricht an seiner schwächsten Stelle, d. i. am Übergang der Compacta der Diaphyse in die Epiphysencompacta 4—5 cm oberhalb des Gelenkes und meist in Form einer V-Fraktur mit Herausspringen eines größeren Fragmentes (Flötenschnabelbruch).

Therapeutisch kommt bei den Biegungs-Druckfrakturen baldigste Massage und Funktion, bei den Torsionsfrakturen gute Reposition und frühzeitige Massage — vom 7. Tage an — in Betracht. M. Strauss (Nürnberg).

---

44) G. Stiefler. Spätnaht des Nervus ulnaris — 13 Jahre nach der Verletzung. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 40.)

Es handelte sich um eine Durchschneidung des Ulnaris und der Sehne des V. Beugers knapp proximal vom Handgelenk mit schweren trophischen und Motilitätsstörungen der vom Ulnaris versorgten kleinen Handmuskeln und sekundärer Kontraktur. Es mußte eine vollkommene Durchschneidung angenommen werden. Nach der von Brenner vorgenommenen Nerven- und Sehnennaht und intensiver elektrischer und medikomechanischer Nachbehandlung besserte sich zunächst die Sensibilität, nach $4^1/_2$ Monaten auch die Funktion der kleinen Handmuskeln, und seitdem dauernd weiter. Auch die elektrische Erregbarkeit kehrte zum Teil zurück. Refraktär blieb die Muskelatrophie.

Renner (Breslau).

---

45) G. Segre. Pseudo-lussazione cubito-carpica. (Policlinico, sez. prat. XVII. 50. 1910.)

Beschreibung eines Falles von Radiusfraktur, bei dem durch die Verschiebung des distalen Bruchstückes nach hinten oben eine Luxation im Cubito-carpalgelenk vorgetäuscht wurde, indem der radiale Carpus dem Bruchstücke folgte, während die ulnare Hälfte des Carpus sich von der Ulna trennte.

Das Röntgenbild ergab die exakte Deutung des Falles.

H. Strauss (Nürnberg).

---

46) M. Donati. La tuberculosi pseudo-neoplastica delle guaine tendinee. (Giorn. della R. accad. di Torino 1910.)

Eine geschwulstförmige Neubildung, die von den Beugesehnenscheiden der Hand eines 36jährigen Mannes ausging, erwies sich als tuberkulöser Natur. Die Diagnose war, da das histologische Bild nichts für Tuberkulose Charakteristisches aufwies, nur durch den Tierversuch zu stellen. Die Differentialdiagnose gegen die anderen tuberkulösen Erkrankungen der Sehnenscheiden und gegen die Geschwülste wird besprochen. Um das Eigenartige, Geschwulstähnliche der Erkrankung zu bezeichnen, schlägt Verf. die Namen »Tuberuclosis pseudo-neoplastica« oder »Tuberculoma« vor. Gümbel (Charlottenburg).

---

47) R. Gabaglio. Fratture dello scafoide del carpo. (Policlinico, sez. chir. XVII. 8—11. 1910.)

In einer ausführlichen Monographie über die Frakturen des Os naviculare manus gibt Verf. kurz die Geschichte dieser Fraktur, um dann eingehend die Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Kahnbeins zu schildern. Es werden drei Formen unterschieden, die durch die Gestaltung des hinteren inneren Randes bedingt sind. Das biskuitförmige Kahnbein zeigt in der Mitte dieses Randes eine tiefe Inzisur. In anderen Fällen fehlt dieser Einschnitt, so daß der Knochen die Form eines Parallelogramms annimmt. Endlich gibt es noch Kahnbeine mit einem Tuberculum an Stelle des Einschnitts.

Auf Grund von Röntgenuntersuchungen an 20 verschieden alten Kindern wird die Entwicklung des Kahnbeins dargelegt. Der Knochen entsteht aus einem Kern, der mit dem des Multangulum majus und minus im 6.—7. Lebensjahre deutlich wird. Im 12. Lebensjahre erscheint der Knochen in seiner definitiven Gestalt.

Bei der Darstellung der den Knochen umgebenden Bänder wird das Vorhandensein eines Ligamentum radio-scaphoideum betont, das bei der Verrenkung des Lunatum die Verschiebung des Kahnbeins bedingt. Ausführliche Schilderung findet der Mechanismus der Fraktur, wobei Verf. von den physiologischen Bewegungen in den Handwurzelgelenken und der Stellung der Sagittalachse des Kahnbeins ausgeht und zu dem Schluß kommt, daß es nur drei Stellungen der Hand gibt, in denen eine Fraktur des Kahnbeins zustande kommen kann: Volarflexion bei Fall auf den Handrücken, Hyperextension bei brüsker Bewegung des fixierten Vorderarms, Dorsalflexion und Radialadduktion bei Fall auf den Handballen.

10 selbst beobachtete und später ausführlich angeführte Fälle sowie 30 Leichenversuche erläutern weiterhin das Zustandekommen der Fraktur und die verschiedenen Arten derselben, sowie die Verschiebungen der Bruchstücke. Bei den Leichenversuchen ergab sich eine Dorsalflexion von 75° bei gleichzeitiger Radialabduktion von 25° als typische Stellung für das Zustandekommen der isolierten Kahnbeinfraktur.

Bezüglich der Symptomatologie und Diagnose betont Verf., daß die ersten Symptome der Fraktur verhältnismäßig geringfügig sind, so daß die Arbeit fortgesetzt werden kann und lediglich eine Distorsion angenommen wird. Erst nach einiger Zeit zeigt sich, daß die Schwellung des Handgelenks bestehen bleibt und die Kraft der Hand erheblich verringert ist. Andauernde Arbeit bedingt immer wiederkehrende Schmerzen. Für die Diagnose kommt die Stellung der Hand in leichter Radialadduktion mit versteiftem Radiokarpalgelenk und leicht gebeugten

Fingern in Betracht, weiterhin die umschriebene Schwellung im Bereiche des radialen Teils des Handwurzelrückens mit Abflachung der Tabatière und dem Verschwinden der Sehnen von Extensoren und Abductor pollicis longus. Pathognostisch ist auch der lokale Druckschmerz bei Druck auf das zwischen zwei Fingern dorsal und volar fixierte Kahnbein und noch bei gestreckter Hand bei Druck auf die Tabatière. In beiden Fällen ist oft auch ein Knirschen zu hören. Bei der Röntgenuntersuchung muß die Verkürzung des Kahnbeins durch die Projektion berücksichtigt werden, zumal hierdurch der Anschein einer Fraktur erweckt werden kann. Volar-dorsale und radial-ulnare Aufnahmen sind deshalb nötig.

Die Prognose der Fraktur ist immer ernst, da sich kein Callus bildet, der Knochen verkürzt bleibt und die umgebenden Gelenke entzündliche Erscheinungen zeigen. Für Rentenempfänger kommen bis zu 50% Erwerbsunfähigkeit in Betracht.

Therapeutisch kommt für einfache Fissuren und Frakturen ohne Verschiebung der Bruchenden kurze Ruhigstellung und späterhin medikomechanische Bewegung und Massage in Betracht. Für die schwierigeren Fälle ist blutige Reposition mit Ausräumung einzelner Fragmente die beste Therapie.

Literaturangaben und zehn gute Abbildungen.

M. Strauss (Nürnberg).

---

48) **R. Grashey.** Über Verletzungen des ersten Metacarpophalangealgelenks, insbesondere die Bennett'sche Fraktur. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Unter dem Namen »Verletzungen des ersten Metacarpophalangealgelenkes« beschreibt G. eine Anzahl von Verletzungen des Gelenkes zwischen Metacarpale I und Os multangulum majus. Er berichtet über zehn Fälle aus der Münchener chirurgischen Klinik und über drei Leichenversuche und bringt zugleich die Röntgenpausen; es handelt sich fünfmal um Bennett'sche Frakturen, einmal um Verrenkung des Metacarpus I; zweimal sind es Luxationsfrakturen des Metacarpus I mit Fraktur des Os multangulum majus, viermal Brüche der Basis bzw. der proximalen Metaphyse des Metacarpus I und einmal ein Bruch des Multangulum majus mit Absprengung vom Multangulum minus. Behandlung: Wattepelotte auf die dorsoradiale Gegend des Carpometacarpalgelenkes bei gestrecktem Daumen, zirkulärer Heftpflasterstreifen um die Basis des Daumen- und Kleinfingerballens, dorsale Pappschiene, Stärkeverband. H. Fritz (Tübingen).

---

49) **F. Klaußner.** Ein Beitrag zur Kasuistik der Brachydaktylie. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für O. v. Angerer.)

Anknüpfend an die Arbeiten ven Sternberg und Machol bringt K. elf aus der neueren Literatur zusammengestellte Beobachtungen von Brachydaktylie und vier eigene Fälle aus der chirurgischen Poliklinik zu München. In K.'s Fällen waren stets die Metacarpi bzw. Metatarsi verkürzt, einige Male auch die Phalangen, ferner war durchweg der Knochenschatten in der Gegend des Capitulum aufgehellt, die Epiphysenlinie verschwunden. Verf. geht genauer auf die Frage der Ätiologie ein und nimmt mit Machol eine trophische Störung als ursächliches Moment an. — 3 Tafeln mit Röntgenbildern und 3 Abbildungen.

H. Fritz (Tübingen).

50) E. Bibergeil. Über Spalthand. (Charité-Annalen XXXIV. Jahrg.)

Verf. beschreibt einen Fall von beiderseitiger Spalthand bei einem einmonatigen Kinde. Es handelt sich um einen Defekt des II., III. und IV. Fingers einschließlich der zugehörigen Metacarpalia, mit gleichzeitiger Syndaktylie des linken Daumens und Zeigefingers, dessen Rest sich durch Vorhandensein einer Mittel- und Nagelphalanx, sowie durch die Dicke und Breite des Daumens und den gespaltenen Nagel dokumentiert. Die Genese, auch das »Versehen« der Mutter, wird genau erörtert. Simon (Mannheim).

51) Giacomo de Franciso. Sopra due casi di sarcoma del sistema legamentoso del bacino. (Policlinico, sez. pratica XVII. Nr. 47. 1910.)

Ausführlicher Bericht über zwei Geschwülste des Beckens, die von dem Bandapparat des Beckens ausgingen. In dem einen Falle handelte es sich um ein kleinzelliges Rundzellenfibrosarkom, das sich bei einer 34jährigen Multipara im Laufe von 2 Jahren in der linken Beckenschaufel allmählich entwickelt und zu Schmerzen im Bereiche des Nervus cruralis geführt hatte. Die Operation ergab eine kürbisgroße Geschwulst, die sich aus dem Ligamentum ileo-lumbale entwickelt hatte.

Der zweite Fall betraf einen 33jährigen Mann, der wegen Malaria wiederholt mit intraglutaealen Chinineinspritzungen behandelt worden war und bei dem sich bereits vor 5 Jahren ein halborangengroßes Fibrom der Glutaealgegend gebildet hatte, das vor 2 Jahren entfernt worden war. Nunmehr bestand am unteren Ende der Narbe eine zitronengroße, in der Tiefe festsitzende Geschwulst, die bei der Operation vom Ligamentum sacro-ischiadicum ausging und mit diesem entfernt wurde. Mikroskopisch handelte es sich um ein Spindelzellenfibrosarkom.

In beiden Fällen kam es zur Heilung ohne Rezidivbildung. Der Autor betont die Tatsache, daß sich in beiden Fällen die Geschwülste vom bindegewebigen Bandapparat des Beckens entwickelten. Ätiologisch kommen wiederholte Traumen in Betracht. M. Strauss (Nürnberg).

52) O. Ehringhaus. Zur Ätiologie der Knochenatrophie bei tuberkulöser Koxitis. (Charité-Annalen XXXIV. Jahrg.)

Bald nach Beginn des primären Gelenkleidens machen sich bei tuberkulösen Koxitiden Knochenatrophien an der befallenen Extremität bemerkbar; als Ursache der Knochenatrophie ist eine reflektorische Trophoneurose anzusehen, nicht eine Inaktivitätsatrophie durch die immobilisierenden Gipsverbände. An den atrophischen Knochen kommt es öfters zu Spontanfrakturen; zwei derartige Fälle werden mitgeteilt: beim ersten handelt es sich um ein $5^1/_2$jähriges Mädchen, bei dem 14 Monate ein Gipsverband lag; als die Kleine ohne Verband versuchsweise nach Hause entlassen wurde, brach sie am folgenden Tag beim ersten Versuch zu stehen zusammen und erlitt einen Querbruch oberhalb der Kondylen, der nach 6 Wochen ausheilte. Die zweite Pat., $8^1/_2$ Jahre alt, war seit $2^1/_2$ Jahren mit Gehgipsverbänden behandelt; ein Jahr nach Abnahme des Verbandes kam die Mutter mit dem Kinde wieder und gab an, dieses sei beim Versuch, einen an seiner linken Seite liegenden Ball aufzuheben, plötzlich mit dem linken Bein eingeknickt, könne nicht mehr gehen. Auch hier fand sich eine Fraktur dicht oberhalb der Kondylen, die glatt ausheilte. In den Röntgenbildern war die hochgradige Atrophie des Knochens deutlich zu sehen, die sich in geringer Schattentiefe, Verschmälerung der Corticalis und verwaschener Zeichnung der Spongiosa markierte.

L. Simon (Mannheim).

53) **E. R. Hesse. Über die tabische Arthropathie der Hüfte.** (Sonderabdruck aus Weljaminow's Archiv für Chirurgie 1910. [Russisch.])

Zu den 41 bisher bekannten tabischen Hüftarthropathien fügt H. zwei eigene.

I. 42jähriger Bauer, der vor 20 Jahren Syphilis erwarb. Vor 8 Jahren begannen Beschwerden in den Beinen.

Bei der Einlieferung in das Obuchow-Hospital bot Pat. eine Tabes. Das linke Hüftgelenk war verdickt. Das Bein war außenrotiert und um 6 cm kürzer als das rechte. Pathologische Fraktur des Schenkelhalses. In der Umgebung des Trochanter major waren mehrere Knochenstückchen zu fühlen. Im Röntgenbild erwies sich das Femur stark nach oben verschoben. Um den Knochen gruppierten sich zahlreiche kleine und größere Knochenstückchen, die bis an das mittlere Drittel hinabreichten. Im Laufe einer 1jährigen Behandlung gelang es, den Pat. wieder zum Gehen zu bringen.

II. 40jähriger Bauer. Syphilis vor 14 Jahren. Erste Anzeichen der Tabes vor 3 Jahren. Im Röntgenbild war vom Femurkopf nichts mehr zu sehen, dagegen waren um das obere Femurende eine Menge Knochenstückchen gruppiert. Auf stationäre Behandlung ließ Pat. sich nicht ein.

Auf die verschiedenen Stadien der Lues verteilten sich die 43 Fälle gleichmäßig.

Differentialdiagnostisch wird betont die Indolenz und zunehmende Beweglichkeit des tabischen Gelenkes gegenüber dem von Arthritis deformans befallenen, die röntgenographische Aufhellung des tabischen Knochens, die im anderen Falle fehlt.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

54) **R. Grashey. Coxa vara retroflexa traumatica.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Der Fall stammt aus der Angerer'schen Klinik. Ein $14^1/_2$jähriger Knabe war innerhalb eines Jahres zweimal auf die rechte Hüfte gefallen und bot klinisch und röntgenologisch das typische Bild einer Coxa vara. Als der Pat. $2^1/_2$ Jahre später an Peritonitis (nach Appendicitis) starb, konnte bei der Sektion das Knochenpräparat gewonnen werden. Es zeigte folgende Veränderungen: Der Schenkelhals war gegen den eiförmig abgeplatteten Kopf fast rechtwinklig nach hinten abgebogen und bildete hier einen höckrigen Vorsprung, der bei Beugung von ca. 75° ein mechanisches Hindernis bildete. Ferner war der Schenkelhals auch verkürzt, an Gesamtmasse reduziert. Die Abwärtsbiegung des Schenkelkopfes (Coxa vara) trat ganz zurück gegenüber der Rückwärtsbiegung (Coxa retroflexa). Verf. erklärt die Schenkelhalsverbiegung in seinem Falle durch eine »traumatische Lösung einer nicht vollkommen normal widerstandsfähigen Femurepiphyse.« Drei Textfiguren, eine Tafel.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

55) **M. Donati. Della coxa vara consecutiva a fratture del collo del femore, con speciale riguardo alle fratture nell' età giovanile.** (Arch. di ortopedia Jahrg. XXVII. Hft. 3 u. 4. 1910.)

Den wenigen bisher bekannten Fällen von Schenkelhalsbruch im Kindes- und Pubertätsalter fügt Verf. drei neue Beobachtungen hinzu. — Als Coxa vara traumatica will Verf. nur diejenigen Fälle anerkennen, bei denen im Anschluß an eine Verletzung des Schenkelhalses bei vorher gesunden Knochen sich die Coxa vara ausbildete; alle übrigen Fälle aber, wo ein Trauma den schon vorher rachitisch, osteomalakisch oder anders erkrankten Schenkelhals betraf, sollen

nicht als traumatische, sondern als rachitische, osteomalakische usw. Coxa vara bezeichnet werden.

Bei allen Schenkelhalsbrüchen Jugendlicher hat die Therapie durch lange dauernde Fixation in Abduktionsstellung dem Entstehen der Coxa vara vorzubeugen. Die ausgebildete Coxa vara dagegen ist mit subtrochanterer Osteotomie (lineär oder keilförmig) zu behandeln, die bessere Resultate gibt als die Osteotomie des Schenkelhalses. Gümbel (Charlottenburg).

---

56) Hannemüller. Das Ludloff'sche Symptom bei der isolierten Abrißfraktur des Trochanter minor. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Ein 18jähriger Pat. der Küttner'schen Klinik glitt beim Wettlauf mit dem linken Fuß nach hinten aus, während der Oberkörper vorwärts stürzte. Bei dem energischen Bestreben, das Bein nachzuziehen, plötzlich stechender Schmerz in der Leistengegend. Pat. kam humpelnd, von Kameraden gestützt, zur Klinik. Schwellung, Schmerzen und Bewegungsbeschränkung schwanden rasch; es blieb nur das Unvermögen des Beinhebens in sitzender Stellung, bei erhaltener Beugefähigkeit des Beines im Liegen mit vollkommen schlaffem Ileopsoas (Ludloff's Symptom). Darauf wurde die Diagnose Abrißfraktur des Trochanter minor gestellt, die durch Röntgenbild bestätigt wurde. Therapie: Bettruhe, Heilung. — Zwei Röntgenbilder. H. Fritz (Tübingen).

---

57) Aug. Hildebrandt (Berlin). Die Verpflanzung des Musculus biceps femoris zur Hebung pathologischer Außenrotation des Oberschenkels bei spinaler Kinderlähmung. (Therap. Monatshefte 1910. Nr. 11.)

Verf. verpflanzte bei einem Falle von spinaler Kinderlähmung die Ansatzstelle des Kopfes des M. biceps femoris auf die Innenseite des Unterschenkels in die Gegend der Tuberos. tibiae. Er erreichte durch Wiederherstellung der Innenrotation nicht nur eine erhebliche Besserung des Ganges, sondern auch eine Besserung der Zirkulationsverhältnisse im Bein: Subjektiv und objektiv Schwinden des Kältegefühls, Zunehmen des Umfanges der Extremität.

Thom (Posen).

---

58) W. Lobenhoffer. Beiträge zu der Lehre von der freien Osteoplastik. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Genaue Mitteilung eines derartigen Falles aus der Würzburger Klinik (Prof. Enderlen). Bei einem 15jährigen Mädchen war wegen Sarkom des distalen Femurendes die Resektion desselben gemacht worden. Da die Gefäße mit der Geschwulst verwachsen waren, wurde auch bei ihnen die Resektion mit folgender zirkulärer Gefäßnaht nötig. Femurstumpf und Tibia wurden durch einen Knochenbolzen, ein periostbedecktes Fibulastück von derselben Person, miteinander verbunden. Als nach einem Vierteljahr wegen Sarkomrezidivs die Amputation des Oberschenkels nötig wurde, kam das Knochenpräparat zur genauen Untersuchung. Zwei Textbilder und eine farbige Tafel erläutern die genaue Beschreibung des Knochenbolzens. Auch die Gefäßnahtstelle wurde histologisch untersucht. — Neben diesem ausführlich mitgeteilten Falle beschreibt Verf. noch ganz kurz fünf

weitere, bei denen gleichfalls implantierte Knochenbolzen später zur histologischen Untersuchung gelangten. Verf. faßt seine Untersuchungsergebnisse dahin zusammen, daß sie ihm wohl geeignet erscheinen, die von Ollier und Barth begründete und von Axhausen wieder zu Ehren gebrachte Lehre zu stützen, daß nämlich bei der Transplantation periostgedeckten Knochens die Knochensubstanz des Transplantats abstirbt und nur das Periost am Leben bleibt und zum Mutterboden für die Knochenneubildung und den schließlichen Ersatz des toten Knochens durch lebenden wird. H. Kolaczek (Tübingen).

---

59) **McKenty. Bone transference.** (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

Ein Knabe von 7 Jahren hatte durch Osteomyelitis eine Totalnekrose der Tibia erlitten, oben und unten war nur je ein konischer Stumpf stehen geblieben. Es kam im Laufe der Jahre zu einer derartigen Verunstaltung des Beines, daß Pat. nur mit Krücken sich bewegen konnte. 7 Jahre später kam er in des Verf.s Behandlung. Es wurden nun die konischen Reste der Tibia an ihren einander zugewendeten Enden angefrischt, stark distrahiert, die stark verdickte Fibula oben und unten in der Höhe der angefrischten Tibiastücke ganz durchsägt, das mobilisierte Stück zur Seite gedrängt und zwischen die Tibiastücke eingepaßt. Die Operation gelang, und da auch das untere Fibulastück mit dem unteren Tibiastück an der Knochenvereinigungsstelle verwuchs, so gab es ein festes tragfähiges Fußgelenk; der Pat. konnte schließlich das operierte Bein gerade so gut gebrauchen wie das gesunde. W. v. Brunn (Rostock).

---

60) **Ludloff. Die Tibiafissuren der kleinen Kinder.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Als hauptsächlichste Punkte seiner in der Küttner'schen Klinik angestellten Untersuchungen, die er durch 16 Röntgenbilder und Pauszeichnungen erläutert, stellt L. folgende Thesen auf:

Bei Kindern bis zu ca. 5 Jahren kommen Spiralfissuren und Spiralbrüche der Tibia ohne große Gewalteinwirkung auf indirektem Wege als häufige typische Verletzung vor. Diese entstehen durch denselben Mechanismus, durch den bei Erwachsenen Knöchelbrüche und Fußgelenksdistorsionen hervorgebracht werden. Meistens werden diese Fissuren durch forcierte Innenrotation hervorgerufen. — Prognostisch ist die Verletzung sehr günstig, wenn keine größere Dislokation stattgefunden hat. H. Kolaczek (Tübingen).

---

61) **Jas. Keogh Murphy. The radical treatment of tuberculous disease of the tarsus and ankle-joint.** (Brit. med. journ. 1910. Oktober 15.)

Verf. empfiehlt auf Grund von neun eigenen Fällen die radikale Entfernung alles Tuberkulösen bei der Fußgelenks- und Fußwurzeltuberkulose des Kindes. Er betont insbesondere den Wert sorgfältiger Röntgenogramme und die Ruhigstellung des Gelenks nach der Operation für ein ganzes Jahr. Er benutzt einen bogenförmigen Schnitt unter Durchtrennung sämtlicher Strecksehnen. Die Dauerergebnisse der neun glatt geheilten Fälle sind sehr befriedigend. Der Fuß ist stets ohne Rückfall voll gebrauchsfähig geblieben, die Knochen haben sich reichlich ergänzt. Weber (Dresden).

---

62) O. Cippolino (Novara). La tarsectomia posteriore con piede in atteggiamento plantigrado. (Clin. chir. 1910. Nr. 11.)

Bei einem Falle von Fußtuberkulose wurden vom Kocher'schen Schnitt aus nach Verrenkung des Fußes der Calcaneus, Talus, die unteren Enden der Tibia und Fibula und der Knorpelüberzug der Fußwurzelknochen weggenommen. Der Stumpf des Unterschenkels wurde rechtwinklig am Cuboid und Naviculare durch Drahtnaht befestigt. Die Fisteln wurden exzidiert und die durch die Exstirpation entstandene Höhle mit Jodoformgaze tamponiert. Das Periost, das vom Calcaneus zurückgeblieben war, gab eine gute Stütze. 3 Monate nach der Operation wurde Pat. mit immobilisierendem Verband entlassen. Nach weiteren 5 Monaten konnte er mit einem Stock und mit erhöhtem Absatz gehen. Es hatte sich eine Pseudarthrose gebildet, die Flexion und Extension erlaubte. Die Höhle war fibrös, zum Teil auch knöchern ausgefüllt. Die Verkürzung des Unterschenkels beträgt 7 cm. Stocker jun. (Luzern).

63) J. Hertle. Erfolge mit der Ausschaltung der Achillessehne beim schweren Plattfuß nach Nicoladoni. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

Nicoladoni hat zur Heilung schwerer Plattfüße eine Methode angegeben, welche darin besteht, daß man die Achillessehne am typischen Ort der Tenotomie durchschneidet, daß man sie dann nach oben verschiebt und an die Fascia suralis fixiert. Er wollte durch Ausschaltung der Antagonisten der kurzen Fußmuskulatur ein Übergewicht schaffen, welches durch Transformation des Knochens das Fußgewölbe wiederherstellt. Die Resultate waren gute, und H. hat in den letzten 2 Jahren die Methode siebenmal angewendet. Die Schädigung, welche durch die Ausschaltung des Triceps surae bedingt wird, besteht darin, daß die Pat. sich anfangs nicht auf die Zehenspitzen stellen und den Fuß nicht gut abwickeln können. Aber diese Verhältnisse bessern sich rasch, und nach 3 bis 4 Monaten konnte Verf. keine auffallende Schädigung des Ganges mehr beobachten. Die genannten Bewegungen wurden nach dieser Zeit von den Pat. wieder ausgeführt. Anscheinend hatte sich eine neue Achillessehne gebildet. Für Fälle, bei denen eine solche Neubildung der Achillessehne nicht eintreten sollte, wäre der von Nicoladoni schon gemachte Vorschlag auszuführen, der dahin geht, daß man die Sehnenenden in einer späteren Sitzung wieder vereinigen soll. Der günstige Erfolg trotz Wiederherstellung der Achillessehnenfunktion scheint darin zu bestehen, daß schon eine temporäre Ausschaltung der Antagonisten genügt, um der Fußmuskulatur eine solche Erholung zu ermöglichen, daß sie ihrer Aufgabe auch bei neuer Funktion der Antagonisten genügt. Das rasch eintretende Nachlassen der Plattfußschmerzen nach dem Eingriff wird wahrscheinlich durch Stellungsveränderungen von Talus und Calcaneus hervorgerufen, die die Knochenpressung zwischen Talus und Naviculare sowie zwischen Calcaneus und Cuboideum aufheben. Die zu gleicher Zeit eintretende Dorsalflexion des Calcaneus bewirkt auch eine Annäherung der beiden Insertionspunkte der kurzen Fußmuskeln und bildet dadurch das Hauptmoment für die günstigeren Funktionsbedingungen, unter denen die kurze Fußmuskulatur fortan wirken kann.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

64) **Heermann** (Kassel). **Weiche Plattfußsohlen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 46.)

Verf. benutzt bereits seit längerer Zeit Gummischwammsohlen oder Sohlen aus pulverförmigem Material, wie Faktis, Korkpulver oder dgl. und hat damit ausgezeichnete Erfolge erzielt. Deutschländer (Hamburg).

---

65) **L. Lamy. Traitement pratique du pied bot varus équin congenital manuellement réductible.** (Gaz. des hôpitaux 1910. Nr. 146.)

Die Idee, welche dem auf Veranlassung von Jalaguier ausgearbeiteten Verfahren zugrunde liegt, ist die gleiche wie bei dem alten Czerny'schen Apparat. Neu dürfte die Art sein, wie die Abmessungen des aus Stahlblech gearbeiteten Apparates bestimmt werden, der nach der mobilisierenden Redression angelegt wird. Die mit zahlreichen Abbildungen versehene Mitteilung muß vom Interessenten im Original gelesen werden. (Die Expedition der Gaz. des hôpitaux ist in Paris 6, rue St. André-des-Arts 49. Preis der Nummer 10 c.)

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

66) **James Young** (Philadelphia). **A new operation for adolescent hallux valgus.** (Univ. of Pennsylvania med. bull. Vol. XXIII. Nr. 9. 1910.)

Y. fand bei der Untersuchung zahlreicher frischer Fußskelette bei Vorhandensein von Hallux valgus entweder eigenartige, charakteristische Veränderungen an den Gelenkoberflächen des ersten Torso-Metatarsalgelenks, oder im gleichen Gelenk einen scheibenförmigen, überzähligen Knochen, der dem von Dwight beschriebenen Intermetatarsum entsprach. Die Basis dieses Knochens liegt außen an der Fibularseite und drängt bei dem allmählichen Wachstum des Knochens den Außenrand der Basis des ersten Metatarsus nach unten; hierdurch wird die Spannung in den Bändern und Sehnen vermehrt, besonders im Flexor brevis und Extensor longus hallucis, und schließlich die charakteristische Deformität des Hallux valgus erzeugt. Die Entstehung tritt in der Adoleszenzperiode ein.

Y. legt von einem Schnitt am Fußrücken aus das Intermetatarsum frei und entfernt es mit dem Meißel. Die entstehende Knochenlücke wird dadurch ausgefüllt, daß man den Fuß in Equino-Varusstellung bringt. Nach Korrektur des Hallux valgus wird der Fuß 3 Monate lang durch einen Gipsverband in korrigierter Stellung gehalten. Die Operation eignet sich nur für die vom Verf. beschriebene, sog. »adolescent« Form. Zwei mit Erfolg operierte Fälle werden mitgeteilt.

Mohr (Bielefeld).

---

67) **Richard Levy. Neue Beiträge zur Lehre und zur Behandlung des Mal perforant du pied.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Verf. kommt von neuem auf seine bekannte Theorie des Malum perforans pedis zurück und stützt sie durch einige weitere Fälle aus der Küttner'schen Klinik mit sehr instruktiven Röntgenbildern. Als Ergebnis seiner Untersuchungen stellt er folgende Sätze auf:

»Als Mal perforant du pied dürfen nur solche Geschwüre der Planta pedis bezeichnet werden, die auf primäre Osteo- bzw. Arthropathien der benachbarten Skelettstücke ursächlich zurückzuführen sind.

Bei der Operation des Mal perforant müssen alle erkrankten Knochen- und Gelenkteile im Gesunden entfernt werden; dabei ist die Anwendung von Resektionen und anderen Eingriffen, die kompliziertere Wundverhältnisse am Knochen schaffen, sowie Verletzung benachbarter Skeletteile zu vermeiden.

Jede Form von Rezidiv nach Operation des Mal perforant ist auf die noch bestehenden Knochen- oder Gelenkveränderungen zu beziehen.

Ist mit den üblichen Hilfsmitteln eine Beteiligung des Knochens nicht festzustellen, so ist ein echtes Mal perforant auszuschließen und die histologische Untersuchung zur Feststellung der Natur des Geschwürs vorzunehmen.«

H. Kolaczek (Tübingen).

---

68) Port. Versuch der Ausarbeitung eines Verbandsystems auf Grund des Hessing'schen Leimverbandes. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 3.)

P. beschreibt in seiner umfangreichen Arbeit, die mit zwölf Illustrationen versehen ist, das Material und die Technik der Anlegung eines Leimverbandes, der von keinem geringeren als von Hessing zuerst in die Praxis eingeführt ist. Dieser Leimverband soll vor anderen Verbandsmethoden den Vorzug haben, daß man ihn mit vollendeter Genauigkeit den Konturen des Gliedes anpassen kann. Man ist nun imstande, die Bindentouren ziemlich kräftig anzuziehen und so einen gleichmäßigen Druck auf die ganze Oberfläche des Gliedes auszuüben, ohne fürchten zu müssen, die Blutzirkulation irgendwie zu beeinträchtigen. Der Leimverband findet daher in erster Linie überall da seine Anwendung, wo Ödem hintangehalten oder schon vorhandenes beseitigt werden soll. Verstärkt man diesen Leimverband mit eingelegten Fournierstreifen, mit Aluminiumblech oder gar mit Bandeisen, so ist man auch imstande, ihn bei Frakturen, Gelenkerkrankungen, zur Nachbehandlung des redressierten Klumpfußes und des Genu valgum zu verwenden. Es läßt sich eben Zug und Druck nach jeder gewünschten Richtung anbringen und das Glied mit großer Kraft in seiner neuen Stellung festhalten, ohne daß man fürchten müßte, daß durch den Druck eine Schädigung der Haut eintreten könnte.

Hartmann (Kassel).

---

69) Tavel (Bern). Über die Vorteile des Krankenhebers nach Carrard. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

Die großen Vorteile des Carrard'schen Krankenhebers werden von T. an der Hand eines besonders schweren Krankheitsfalles, der nach der Operation eine mühselige Nachbehandlung und Pflege erforderte, erläutert. Der Heber ist von dem Sanitätsgeschäft M. Schaerer in Bern unter Angabe der Bettbreite beziehbar.

Kramer (Glogau).

---

70) Muskat. Lagerungsapparat zur Behandlung des X-Beines. (Archiv f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 4.)

Es handelt sich um einen Lagerungsapparat, der aus einem 1 cm starken Holzbrette besteht. Auf diesem Brette ist ein Beckengurt zur Fixation des Beckens angebracht und sind aus Stahlblech zwei gebogene, leicht gepolsterte Backen angeschraubt, so daß der Oberschenkel in seiner distalen Partie bis etwa 2 Finger breit oberhalb des Kniegelenkes in den Stahlbacken ruht und von ihnen halb

umfaßt wird. Auf einem senkrechten Brettchen am Ende des Lagerungsbrettes sind Extensionsgamaschen zur Fixation der Füße angebracht, die nach Bedarf mehr einwärts oder auswärts rotiert werden können.

Der Zug in diesem Apparate soll ein ganz enormer sein. Aber das Wichtigste ist, daß nicht das Kniegelenk selbst, sondern die Diaphyse des Oberschenkels beeinflußt wird. Hartmann (Kassel).

---

71) Muskat. Über Mastixverbände bei Fußerkrankungen, besonders bei Plattfuß. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. VIII. Hft. 4.)

Nach einer Mobilisierung des Fußes durch aktive und passive Hyperämie wird der Fuß in die bestmöglichste Stellung gebracht und der Fußrücken, die Sohle und die Innenseite des Unterschenkels mit Mastixlösung (Mastix, Chloroform, Leinöl) bestrichen. Nach wenigen Sekunden, in denen das Chloroform verdunstet, wird die rauhe Seite einer 6 cm breiten Barchendbinde, am Fußrücken beginnend, durch die Fußsohle verlaufend, an den Fuß angedrückt und der Fuß mittels des Bindenzügels in noch stärkere Supinationsstellung gezogen. Zum Schluß wird die Binde am Unterschenkel festgeklebt und der Verband mit weiteren Touren einer Mullbinde am Fuß und Schenkel vollendet. Hartmann (Kassel).

---

72) E. Fischer. Apparat zur konservativen ambulanten Behandlung der Patella-, Olekranon- und Calcaneusfrakturen. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 40.)

Verf. beschreibt seinen auf dem 16. internationalen Ärztekongreß demonstrierten Apparat genauer. Der eigentliche Verband entspricht dem Bardenheuer'schen aus zwei fächerförmigen Heftpflasterstreifen bestehenden. Diese Streifen werden nun statt durch Extensionszüge durch eine aus mehreren Lagen bestehende Blattfeder (ähnlich wie die Federn schwerer Wagen) gegeneinander gespannt; indem die zuerst gekrümmt zwischen den Pflasterzügen befestigte Feder das Bestreben hat, sich zu strecken, bewirkt sie die Annäherung der Pflaster und damit der Bruchstücke. Der Vorteil des Apparates besteht darin, daß die Behandlung ambulant sein kann, daß im Verbande Bewegung des Gelenkes ohne Dislokation der Bruchstücke möglich ist, daß ein Druck auf die Vorderfläche der Fragmente ausgeübt wird, welcher ihr Kanten verhütet, daß endlich ein permanenter dosierbarer Zug ausgeübt wird. Bei zehn Kniescheibenbrüchen hat F. das rein konservative Verfahren angewendet mit dem Erfolge knöcherner Vereinigung und vollkommener Herstellung der Funktion. Vier beigegebene Röntgenbilder zeigen in der Tat ein vorzügliches Resultat. Auch zur Nachbehandlung nach Kniescheibennaht eignet sich der Apparat sehr. Für die Anwendung bei den beiden anderen Brüchen gibt Verf. ebenfalls Anweisungen und Bilder.

Renner (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 9. Sonnabend, den 4. März 1911.

Inhalt.

I.

Aus dem Landeshospital zu Paderborn. Dr. Flörcken.

Zur Frage der direkten Bluttransfusion durch Gefäßnaht.

Von

Dr. H. Flörcken,

Chefarzt.

Die in Deutschland zuerst von Hotz beschriebene Methode, die Bluttransfusion durch die Gefäßnaht auszuführen (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CIV) hat entweder nicht die nötige Beachtung gefunden, oder es sind die

technischen Schwierigkeiten, die der weiteren praktischen Anwendung sich entgegenstellten. Neue Publikationen über die Methode liegen wenigstens nicht vor. Dagegen hat Carrel bereits 1908 zahlreiche erfolgreiche Bluttransfusionen vermittels der Payr'schen Prothese ausgeführt.

Ich hatte jüngst Gelegenheit, eine direkte Bluttransfusion durch Gefäßnaht auszuführen. Die eigenartige Indikation des Falles, das Bestreben, weitere Kreise für die direkte Bluttransfusion zu interessieren, haben mich zur Publikation an dieser Stelle bestimmt.

Eine 24jährige Pat. ohne hämophile Belastung erkrankte schon in der Rekonvaleszenz nach einer Staphylokokkenbakteriämie mit unbekannter Eintrittspforte plötzlich mit schweren Blutungen aus der Nase, dem Zahnfleisch, dem Mastdarm, dem Magen. Beim Katheterismus entleert sich reines Blut, ebenso traten bei dem geringsten Reiz von außen Blutungen unter der Haut auf. Pathologische Formen konnten im Blutbild nicht festgestellt werden. Nach 6 Tagen war der Hämoglobingehalt auf 30% gesunken, der Puls wurde klein, weich, unregelmäßig; am Herzen traten anämische Geräusche auf. Blutdruck: 50 mm Hg.

Zur Beeinflussung dieser äußerst bedrohlichen Blutungen wurde alles mögliche angewandt: Intravenöse 5%ige Kochsalzinjektion, Injektion von Diphtherieserum, Gelatineinjektion, ohne jeden Erfolg; die Besserung nach reichlichen intravenösen Infusionen physiologischer Kochsalzlösung war stets eine sehr rasch vorübergehende. Bei diesem Zustande blieb als Ultimum refugium die direkte Transfusion übrig.

Eine ältere Stiefschwester diente als Spenderin.

In Lokalanästhesie legte ich bei dieser die linke A. radialis oberhalb des Handgelenkes frei. Die Arterie hatte ein außerordentlich enges Lumen; sodann wird die V. mediana cubiti sin. bei der Pat. freigelegt; die Schwestern werden Gesicht gegen Gesicht nebeneinander gefahren, so daß die linke Hand der Spenderin in die Ellenbeuge der Empfängerin zu liegen kommt. Durchtrennung der A. radialis nach Unterbindung des peripheren Teiles und Anlegung einer federnden Gefäßklemme nach Enderlen am zentralen Ende; Durchtrennung der V. mediana cub. peripher und Anlegung einer Klemme am zentralen Ende.

Jetzt werden die durch Paraffin vor Austrocknung geschützten Lumina der A. radialis und V. mediana cub. durch Gefäßnaht nach Carrel-Stich (drei Haltefäden und fortlaufende Naht) miteinander vereinigt. Bei der Differenz der Lumina macht die Naht sehr viel Mühe; nach Abnahme der Klemmen schießt jedoch das arterielle Blut des Spenders in die Vene des Empfängers; diese Verbindung wurde ca. 30 Minuten erhalten; einmal stockte die Passage an der Nahtstelle etwas; nach Wegdrücken eines kleinen Thrombus aber fließt der Blutstrom wieder anstandslos. Schon während der Transfusion belebt sich die schwerkranke Pat. sichtlich, der Puls wird voller. Der Blutdruck der Schwester, vor der Infusion 125 mm Hg, beträgt später 100 mm Hg. Die Nahtstelle wird reseziert, die Haut genäht.

Von der Zeit der Transfusion ab hörten die Blutungen bei der Pat. vollständig auf; nach 2 Tagen konnten wir im Urin keine roten Blutkörperchen mehr nachweisen; der Puls blieb gut; der Blutdruck war von 30 mm Hg auf 45 mm gestiegen.

Diese Besserung im Befinden der Pat. hat standgehalten; sie ist vollkommen geheilt; der günstige Einfluß der direkten Transfusion ist erwiesen. Ob es sich im vorliegenden Falle um eine Hämophilie gehandelt hat, oder ob die Blutungen der Kategorie der septischen zuzurechnen sind, lasse ich dahingestellt sein.

—

Daß die Hämophilie wenigstens vorübergehend durch die direkte Transfusion beeinflußbar ist, zeigt ein Fall von Hotz. Es fehlt hier nur noch an Erfahrungen.

Im übrigen verweise ich auf die Arbeit von Hotz und betone, daß eine gewisse Übung in der Technik der Gefäßnaht zur Ausübung der direkten Transfusion allerdings unbedingt erforderlich ist.

Wer aber Übung in der Gefäßnaht besitzt, dem empfehle ich warm die Anwendung der direkten Transfusion in ähnlichen Fällen.

Irgendeine Schädigung konnte ich so wenig wie Hotz beobachten.

II.

Physostigmin und Peristaltik.

Von

Prof. Dr. K. Vogel in Dortmund.

In Nr. 42 des letzten Jahrganges dieses Zentralblattes empfiehlt Henle zur Anregung der Peristaltik das Peristaltik-Hormon. Er leitet seine Ausführungen ein mit einer Verurteilung des Physostigmins, welches von ihm öfter wirkungslos befunden wurde, zweimal aber (in einer Dosis von 1 mg) vorübergehenden Kollaps auslöste. Henle zitiert Heubner, dessen experimentelle Prüfung des Physostigmins unbefriedigende Ergebnisse hatte und außerdem schädliche Nebenwirkungen, speziell Nausea, ergab.

Da ich als erster die subkutane Anwendung des Physostigmins bzw. Eserins auf Grund ausgedehnter experimenteller und klinischer Versuche empfohlen[1] und diese Empfehlung später mehrfach wiederholt habe[2], so nehme ich Veranlassung, einiges zur Verteidigung des Verfahrens mitzuteilen. Ich habe die einschlägigen Publikationen genau verfolgt und glaube nicht, daß mir solche entgangen sind. Ihre Zahl ist nicht groß.

1907 habe ich in den Grenzgebieten (l. c.) die bis daherigen Veröffentlichungen schon gewürdigt: Heubner spricht sich in der auch von Henle (s. o.) zitierten Arbeit skeptisch aus, ebenso Pankow; alle anderen Autoren haben gute (Moskowicz, Craig, Lennander) oder sehr gute (Arnd, Krebs) Erfahrungen gemacht. Üble Nebenwirkungen sahen nur Heubner (Nausea) und Craig (»Schwächegefühl«); letzterer gab sehr große Dosen, bis zu 3 mg.

Aus den nachher erschienenen Arbeiten kann ich, da sie nicht zahlreich sind, das Wesentliche anführen:

Wilms erwähnt in seinem großen Werke über den Ileus (Deutsche Chirurgie Lief. 46g) das Physostigmin in verschiedenen Kapiteln und hebt stets seine stark peristaltikanregende Wirkung hervor.

Stössel (Inaug.-Diss., Basel 1906; Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1907, Nr. 21) hat gute Erfahrungen mit Physostigmin gemacht bei postpuerperalem Ileus, der als paralytischer zu deuten war.

Offergeld (Archiv für klin. Chirurgie LXXIX, Hft. 3; Ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1907, Nr. 24) sagt, daß bei einfacher Darmtympanie das Physostigmin von Nutzen zu sein scheine »durch eine enorme Steigerung der Peristaltik in

---

[1] Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXIII.

[2] Zentr. f. Gynäk. 1904. Nr. 21. — Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. XVII. Hft. 5. 1907. — Med. Klinik 1908. Nr. 6. — Heilkunde 1908.

unmittelbarer Einwirkung auf die Darmmuskulatur«, so lange diese unbeschädigt ist. »Einen paralytischen Ileus ohne Peritonitis kann Physostigmin mit Sicherheit verhüten.« — »Das Eserin bleibt für Fälle, wo schon starke Verwachsungen bestanden haben oder zu befürchten sind.« — Die Erfahrungen ermuntern dazu, »insbesondere das schnell und energisch wirkende Eserin am Menschen zu versuchen, und zwar prophylaktisch oder bei beginnender Darmparalyse«.

v. Hippel (Zentralblatt für Chirurgie 1907, Nr. 46) bespricht meine Veröffentlichung in den »Grenzgebieten« und sagt, er könne sich auf Grund von 60 Laparotomien meiner »Empfehlung des Physostigmin aus voller Überzeugung anschließen«. Er kann seinerseits »das Verfahren warm empfehlen« und hat nie üble Nachwirkungen gesehen.

Vineberg (Amerik. Gynäkologenkongreß; Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1907, Nr. 52) »hat vorzügliche Resultate von der subkutanen Eserininjektion gesehen, die er zur prophylaktischen Verhütung der Darmparalyse sehr empfiehlt«.

Craig (Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1908, Nr. 5) »ist von der guten Wirkung des Eserins auf Grund seiner Erfahrungen fest überzeugt«. »Er gibt es vor der Laparotomie stets prophylaktisch und hat noch nie üble Folgen von seiner Anwendung gesehen, auch bei Kindern nicht.«

In Nr. 17 des Zentralblattes für Chirurgie 1908 referiert Simon meine Publikation in der »Heilkunde« und sagt: »(Darin kann ich dem Verf. nur beipflichten, bei Paralyse des Darmes habe auch ich beinahe ausnahmslos gute Erfolge gesehen).«

Henkel (Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin 28. II. 1908, ref. Zentralblatt für Gynäkologie 1908, Nr. 31) sagt bei Besprechung der Behandlung des Peritoneums: »Von medikamentösen Mitteln ist sehr zu empfehlen Physostigmin, 2stündlich $^1/_2$ mg.«

Zahradnicky (Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1909, Nr. 23) wendete Physostigmin in 13 Fällen prophylaktisch an »mit gutem Erfolg«.

Endlich widmet Lajos Góth unserer Frage einen Originalartikel im Zentralblatt für Gynäkologie 1908, Nr. 51. Er berichtet über drei Fälle, von denen jeder allein beweiskräftig sein würde. Nach Versagen aller anderen Mittel, in geradezu desperatem Zustande der Pat., werden hohe Dosen Physostigmin gegeben, die jedesmal prompt und direkt lebensrettend wirken, ohne jede üble Nebenerscheinungen. Sehr richtig bemerkt Verf. dann: »Im allgemeinen ist es übrigens nicht unmöglich, daß die durch Physostigmin angeregte mächtige Peristaltik gelegentlich auch eine Knickung oder ein andersartiges mechanisches Hindernis auszugleichen vermag, doch verbleiben als eigentliches Feld für die Eserinanwendung doch die reinen Fälle von aseptischer Darmparalyse, und es hieße die Glaubwürdigkeit des Mittels schädigen, dasselbe wahllos in allen Fällen von postoperativem Ileus verwenden zu wollen.« Verf. kann nicht umhin, »für alle Fälle, in denen man wegen aseptischem Ileus die Relaparotomie vornehmen will, zu empfehlen, vorher einen Versuch mit Phys. salicyl. zu machen«. »Vorkommnisse, die Vergiftungserscheinungen entsprechen würden, wurden in unserer Klinik kein einziges Mal beobachtet.«

In diesen sämtlichen Berichten, die nach 1906 veröffentlicht sind, ist also von schädlichen Wirkungen der Eserininjektion keine Rede; die meisten Autoren berichten ausdrücklich, daß solche nicht beobachtet wurden. Ich selbst habe das Mittel bis heute in vielen Fällen angewandt, und zwar bis zu 4 mg pro Tag, und habe nie üble Nebenwirkungen gesehen. Die pharmakologische Maximaldosis ist 0,001; daß dieselbe äußerst niedrig angesetzt ist, beweist wohl ein Fall von

Stevens, in dem eine Frau 0,12, also mehr als das 100fache jener Maximaldosis, irrtümlich bekam und dennoch gerettet wurde. Es ist aber ja natürlich möglich, daß es auch diesem Mittel gegenüber, wie bei so vielen anderen, eine persönliche Disposition gibt.

Bezüglich der Mißerfolge einzelner Autoren möchte ich glauben, daß wenigstens ein Teil derselben auf die wahllose Anwendung des Mittels zu schreiben ist. Ich verweise auf die oben zitierten Worte von Lajos Góth. Auch ich habe immer und immer wieder betont, daß das Physostigmin weniger ein Heilmittel des Ileus sein soll, als ein Prophylaktikum: seine Domäne ist die Paralyse des Darmes, ohne gröberes mechanisches Hindernis. Ist man sich über die Ursache des Meteorismus nicht klar, so kann man ja einen Versuch mit Physostigmin machen, soll denselben aber nicht forcieren, sondern eventuell zur — ebenfalls subkutanen — Opiumdarreichung übergehen. So kann man z. B. unter Umständen einen Ventilverschluß durch Erschlaffung des Darmes lösen, den man durch Verstärkung der Peristaltik nur fester machen würde.

Es ist ungerecht, von einem Mittel Erfolg zu verlangen in allen Fällen eines Leidens, welches auf so verschiedener Ätiologie beruhen kann wie die Darmobstruktion.

In einem Falle Henle's, wo Physostigmin erfolglos war, fand sich bei der Operation ein im Dünndarm fest eingekeilter Gallenstein von 47 g Gewicht. Daß da das Physostigmin nicht helfen konnte, ist klar! Daß dasselbe, in geeigneten Fällen angewandt, ein vortreffliches Peristaltikum ist, geht wohl aus den obigen einwandfreien Zeugnissen hervor. In bezug auf Einzelheiten, sowohl der Indikation als der Technik der Anwendung, verweise ich auf meine oben zitierten Arbeiten, insbesondere den Aufsatz in den »Grenzgebieten«.

Endlich möchte ich die Gelegenheit benutzen, die subkutane Physostigmininjektion noch einmal warm zu empfehlen bei Unfallverletzten, insbesondere Kontusionen des Rumpfes, vergesellschaftet mit Knochenbrüchen. Diese Pat. leiden meist sehr stark unter Meteorismus und sind besonders dankbar für ein Mittel, welches sie von demselben befreit, ohne durch die Art seiner Applikation ihnen neue Schmerzen zu bereiten. Auch darüber habe ich in der oben zuletzt zitierten Arbeit mich näher ausgesprochen, unter Beschreibung einer Reihe von Fällen.

Über das Peristaltik-Hormon fehlt mir eigene Erfahrung; seine Applikation ist jedenfalls komplizierter als die des Physostigmins. Übrigens dürfte die Indikation für seine Anwendung zum Teil eine andere sein, so daß die beiden Mittel sich nicht ausschließen, sondern ergänzen.

Bemerkung zu vorstehendem Artikel.

Von

A. Henle in Dortmund.

Zu dem Vorstehenden bemerke ich, daß ich selbstverständlich den Fall von Gallensteinileus nicht als Mißerfolg des Physostigmins ansehe. Dieses war vor meiner Zuziehung angewandt worden. Seine Erwähnung gehörte zur Anamnese. Ich schritt zur Operation, da ich von einer medikamentösen Therapie mir nichts versprach. Der Fall ist nur besprochen worden wegen der glänzenden Wirkung des Hormonols bei der postoperativ entstandenen Darmparalyse.

Über meine weiteren Erfahrungen mit Peristaltikhormon (als Hormonol in den Handel gebracht) werde ich an anderer Stelle berichten. Die Erfahrungen waren sehr gute und haben mich im Verein mit der Beobachtung am Tier in meinem Urteil bestärkt, daß dieses Mittel dem Physostigmin überlegen ist.

III.

Zur Frage der Coxa vara.

Bemerkungen zu der Arbeit von G. Drehmann in Breslau: »Die Coxa vara« in den Ergebnissen der Chirurgie und Orthopädie, Band II, 1911.

Von

Wilhelm Hagen in Nürnberg.

In dem soeben erschienenen II. Bande der Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie übt G. Drehmann eingehend Kritik an den verschiedenen Theorien über die Entstehung der Coxa vara. Er kommt dabei auch auf meine Arbeit »Über Pathogenese und Ätiologie der Coxa vara statica« (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIV, Hft. 3) zu sprechen und erhebt gegen deren Ausführungen verschiedene Einwände. Meine Abhandlung entstand damals unter dem Eindruck, daß die Bestrebungen einzelner Autoren in der letzten Zeit (Sprengel, Kempf, Fittig), die Coxa vara lediglich als Folgezustand einer primären traumatischen Epiphysenlösung in Anspruch zu nehmen und den Begriff der essentiellen statischen Schenkelhalsverbiegung völlig auszuschalten, als zu einseitige anzusehen seien. Es ist mir daher eine Genugtuung, feststellen zu können, daß ich mich in diesem Punkte in gänzlicher Übereinstimmung befinde mit Drehmann, welcher ebenfalls den Begriff der Coxa vara adolescentium nicht fallen lassen will zugunsten der Annahme einer schlecht geheilten Epiphysenfraktur. Wenn ich hier noch einmal das Wort zu diesem Kapitel ergreife, so geschieht dies deshalb, weil mir daran liegt, ein grundsätzliches Mißverständnis zu beseitigen, welches Drehmann zum Mittelpunkt seiner Einwände gegen meine Auffassung gemacht hat.

Nach den Darlegungen Drehmann's möchte es scheinen, als ob ich mir den Entstehungsprozeß der Coxa vara so vorstelle, daß der Schenkelhals im ganzen unter dem Einfluß der Belastung einfach heruntergedrückt werde. Das wäre aber ein falsches Bild; vielmehr habe ich stets, seit ich mich mit dem Problem der Belastungsdeformitäten beschäftige[1], in allen meinen Arbeiten nachdrücklich betont, daß wir uns jenen Vorgang nicht als eine derartige grobe Durchbiegung vorstellen dürfen, sondern daß es sich dabei um einen pathogenetisch recht komplizierten Mechanismus handelt. Die Knochengestalt formt sich allmählich aus eigener Kraft und nach streng mathematischen Gesetzen um infolge einer abgeänderten statischen bzw. funktionellen Inanspruchnahme. Als Grund für letztere betrachte ich Anomalien in der Gelenkflächenkongruenz, wie sie einmal durch schlecht geheilte Epiphysenfrakturen bedingt sein können, zum anderen aber auch durch anderweitige krankhafte Störungen an den das Gelenk zusammensetzenden Knochenteilen. Als solche postulierte ich, wie Drehmann wohl nicht

[1] Vgl. Beitr. z. klin. Chir. Bd. LVI. Hft. 3 u. Bd. LXIII Hft. 3.

entgangen sein wird, in meiner Arbeit primäre Wachstumsstörungen im Bereiche der Knorpelbildungszone (p. 774). Es war mir eine lebhafte Befriedigung, diese Anschauung in einer unmittelbar danach erschienenen Abhandlung von Frangenheim (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXV. Hft. 1) auf Grund histologischer Untersuchungen ebenfalls ausgesprochen zu finden. Infolge solcher krankhafter Veränderungen an der Epiphysenfuge kann es naturgemäß leicht zu Zerrungen und Verschiebungen des Kopfes (als der eigentlichen Druckaufnahmefläche) gegenüber dem Schenkelhals kommen. Daraus resultiert aber dann eine andere Verteilung der auf den Schenkelhals einwirkenden statischen Kräfte, mit anderen Worten ein statisches Mißverhältnis, und dieses führt zu einer ganz allmählichen Umformung der äußeren und inneren Architektur des Schenkelhalses. Wir haben es also mit zwei verschiedenen Faktoren zu tun, welche meines Erachtens scharf auseinander zu halten sind. Der eine — Verlagerung der Kopfkappe infolge Veränderungen in der Festigkeit der Epiphysenfuge — stellt das ätiologische Moment dar, während der andere — Deformierung des Skeletts infolge Veränderungen in der funktionellen Beanspruchung — der eigentlichen Pathogenese des Leidens entspricht.

In der Verquickung dieser beiden für das Krankheitsbild der Coxa vara gleich wichtigen Faktoren mag das Mißverständnis, welches die Einwände Drehmann's veranlaßt hat, begründet sein. Letzterer hat anscheinend häufiger die in der Entstehung begriffene Coxa vara adolescentium, also das Leiden in seinem ersten Beginn zu Gesicht bekommen, während ich meinen Ausführungen die fertige Belastungsdeformität zugrunde legte. In jenem Frühstadium mag wohl die isolierte Knickung an der Epiphysengrenze noch am meisten auffallen. Es ist das jene Phase des Krankheitsbildes, welche meines Erachtens erst die Grundlagen für die spätere Entwicklung der Coxa vara schafft, genau wie bei den Epiphysenfrakturen. Daran schließt sich dann erst der eigentliche Transformierungsprozeß des Knochens an, der in seinem letzten Ende zu jenem Zustande führt, den wir als Coxa vara im engeren Sinne bezeichnen dürfen. Und dieser Endzustand geht ganz naturnotwendig, wie auch Frangenheim hervorgehoben hat, mit einer Gestaltsveränderung an der Metaphyse, d. h. mit einer Adduktionsstellung des Schenkelhalses, mit einer Verkleinerung des Schenkelhalsneigungswinkels einher (vgl. auch die Untersuchungen von Roux und Wolff über die Transformation der Knochen). Aus diesem Grunde muß ich die von Drehmann (und Sprengel[2]) eingehaltene Trennung in eine Coxa vara trochanterica oder adducta und eine Coxa vara cervicalis als praktisch belanglos und undurchführbar ablehnen. Es handelt sich meines Erachtens nicht um verschiedene, voneinander unabhängige Formen, sondern nur um verschiedene, mehr oder weniger hochgradige Entwicklungsstadien ein und desselben Deformierungsvorganges. Je weiter die Deformierung fortschreitet, um so ausgesprochener wird das Bild der Coxa vara. Dieser Umformung geht aber parallel ein ständiges Kleinerwerden des Schenkelhalsneigungswinkels.

Nürnberg, Ende Januar 1911.

---

[2] Sprengel, Zentralblatt f. Chir. 1909. Nr. 51.

Entgegnung auf vorstehende Bemerkungen des Herrn Hagen: Zur Frage der Coxa vara.

Von

Gustav Drehmann in Breslau.

Ich muß trotz vorstehender Ausführungen des Herrn Hagen nochmals betonen, daß ich eine Klärung der verworrenen Frage der Coxa vara nur durch eine streng durchgeführte Trennung der beiden Formen, der Coxa adducta oder Coxa vara trochanterica und der Coxa vara cervicalis für möglich halte. Meine Ausführungen beruhen nicht auf der Beobachtung von vorwiegend frischen Fällen von Coxa vara adolescentium, wie Herr Hagen meint, sondern auf jahrelanger Beobachtung frischer und alter Fälle von Coxa vara fast jeglicher Ätiologie.

1) Breslauer chirurgische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1911 im Allerheiligenhospital.

Vorsitzender: Herr Küttner.

Vor der Tagesordnung: Herr Tietze: Demonstration zur Mastdamplastik.

Bei hochsitzenden Rektumkarzinomen näht T., wie er es von Garrè gesehen hat, nach Resektion des tumortragenden Darmabschnittes das zentrale und periphere Darmstück nach Art einer richtigen Darmnaht etwa zu drei Viertel der Zirkumferenz zusammen. Der hinten offengebliebene Spalt wird mit Haut umsäumt. Falls unvorhergesehen Stuhl eintritt, entleert sich dieser nach außen, und die Wunde ist vor Beschmutzung geschützt. T. hat übrigens in einer Reihe von Fällen vor der Resektion einen künstlichen After am Colon transversum angelegt. Auch in diesem Falle hat sich die Vernähung des Darmes mit der Haut gut bewährt, weil die an der Vorderwand ausgeführte Darmnaht vor Zerrung geschützt ist. Auch selbst wenn eine Randnekrose eintritt, finden sich die Darmenden bald wieder, und es resultiert schließlich eine nach außen weit offene Lippenfistel, die verhältnismäßig leicht zu schließen ist. Der Darm wird abgelöst und von oben nach unten mit Knopfnähten vernäht. Ferner wird mit einigen passenden Nähten die Nahtstelle am Darm so verlagert, daß sie vom unteren Hautrand bedeckt ist. Die Hautwunde wird nicht vereinigt, sondern durch einen großen gestielten Lappen aus der Nachbarschaft gedeckt. Die Regel ist eine völlige fistellose Heilung (eventuell bei Nachplastik) bei voller Kontinenz des Darmes. Bei einem bereits vor 11 Jahren operierten, aber noch gesunden Pat. hat sich allerdings eine mächtige Hernie infolge ausgiebiger Kreuzbeinresektion entwickelt.

Tagesordnung:

1) Herr O. Foerster: a. Traumatische Rückenmarksaffektionen.

α. Stichverletzung des Halsmarks im Bereich des VII. Cervicalsegments mit Brown-Séquard'schen Symptomen: Rechts ist Schmerz- und Wärmeempfindung gelähmt; Druckempfindung stark herabgesetzt; Bewegungsempfindung ungestört. Links am Bein spastische Lähmung mit Prädilektionstypus, Fußklonus, Babinsky, Oppenheim, Strümpell. An dem anfangs völlig

gelähmten linken Arm sind jetzt noch Interossei, Thenar- und Hypothenarmuskeln, lange Fingerbeuger und -strecker, Handbeuger, Extensor carpi ulnaris und radialis brevis, Triceps paretisch, die Supinatoren und Pronatoren der Hand, Biceps und Schultermuskeln intakt, so daß eine Lokalisation dicht oberhalb des VII. Cervicalsegments anzunehmen ist. Daß der Triceps, den Kocher ins VI. Cervicalsegment verlegt, wesentlich aus dem VII. entspringt, beweist ein Fall F.'s, in dem sich bei isolierter Kompression der VII. Cervicalwurzel eine Tricepslähmung fand. Im vorliegenden Falle sind alle gelähmten Muskeln elektrisch intakt, ihre Reflexe gesteigert, die langen Finger- und die Handbeuger, wenig auch der Triceps und die ulnaren Handstrecker kontrahiert; also handelt es sich nicht um Kernlähmung, sondern um Durchtrennung der Pyramidenbahn.

β. Totensprung in flaches Wasser, Bruch des VII. Halswirbelbogens am oberen Rande. Beinlähmung, Verlust der Sehnenreflexe, Priapismus, Schmerzen in den Beinen, totale Finger- und Daumenlähmung. Hand und Arm intakt. Es findet sich Zerquetschung des VIII. Cervicalsegments, entsprechend dem Ursprung der Fingermuskeln nach Kocher.

b. Zirkumskripte tuberkulöse Meningitis.

F. hat in 4 Jahren 9 Fälle beobachtet, bei denen neben Hirndrucksymptomen bestimmte, zunächst meist zur Diagnose eines Tumors führende Herdsymptome vorhanden waren, die Freilegung der Herde aber eine umschriebene tuberkulöse Meningitis ergab. Die Erkrankung betraf Frontallappen, Scheitellappen, Parazentral- oder Zentralwindung (Arm- oder Beinzentrum). An allgemeiner tuberkulöser Meningitis starben bald nach der Operation 2 Pat., 2 später nach anfänglicher Besserung. Die übrigen 5 wurden schon durch die einfache Druckentlastung geheilt oder auffallend gebessert, was vielleicht den operativen Erfolgen der einfachen Höhleneröffnung bei tuberkulöser Peritonitis und Perikarditis parallel zu setzen ist. Die Diagnose gründet sich auf Tuberkulose anderer Organe, schwankenden Verlauf mit Wechsel der Symptome und den Nachweis von Fibrin im tuberkelbazillenfreien Lumbalpunktat.

Diskussion: Herr Küttner hat außer dem von Herrn Foerster erwähnten noch einen Fall zirkumskripter tuberkulöser Meningitis beobachtet, der zur Operation nötigte. In einem weiteren Falle erwiesen sich die Knötchen in der Pia bei der mikroskopischen Untersuchung als nicht tuberkulös, die mikroskopische Untersuchung ist also dringend zu empfehlen.

Herr Tietze stimmt Herrn Förster bei und teilt seinerseits einen Fall von zirkumskripter tuberkulöser Meningitis mit, in dem zunächst ein Tumor angenommen wurde. Von den 5 Pat., die er operiert hat, leben noch 4, ein Pat. ist gestorben.

2) Herr Tietze: Demonstration zur Chirurgie des peripheren Nervensystems.

Zwei Fälle von ischämischer Muskelkontraktur, ein Fall von Kontraktur des Vorderarmes nach traumatischer Phlegmone mit Verletzung beider Arterien und des Nervus ulnaris und medianus. Es wurde nach der Methode von Henle bzw. von Loebker eine Resektion der Vorderarmknochen vorgenommen. In allen Fällen waren aber wichtige Nerven teils in Narbengewebe eingebettet, teils durch Callusmassen komprimiert. Es wurde daher die Resektion der Knochen mit der Neurolyse der betreffenden Nerven kombiniert. Von den Fällen mit ischämischer Kontraktur weist der eine ein ausgezeichnetes Resultat, der zweite eine erhebliche

Besserung auf; in dem dritten Falle ist eine erhebliche Besserung in der Stellung der Hand erzielt; es scheint auch so, als ob die Funktion der genähten Nerven wiederkehren wollte.

Schließlich ein Fall von Neurolyse des Nervus radialis und axillaris nach Luxatio subcoracoidea mit gutem Resultat.

3) Herr Brade: Bericht über drei Fälle von diffuser Peritonitis im Anschluß an Perforation von Organen innerhalb der Bauchhöhle. Die drei Fälle betrafen Perforation der Gallenblase, des Magens und der gangränösen Appendix. Die Operation, deren Verlauf besprochen wird, brachte in allen drei Fällen promptes Zurückgehen der peritonitischen Symptome. Zwei von den drei geheilten Pat. werden vorgestellt.

Diskussion. Herr Gottstein: Meine Resultate bei diffuser Peritonitis nach Appendicitis sind in früherer Zeit sehr schlecht gewesen; es ist mir nie gelungen, einen Fall durchzubringen, bis ich in neuester Zeit zu anderen Behandlungsmethoden übergegangen bin. Während ich früher stets sehr ausgedehnte Schnitte gemacht und mit Jodoformgaze und Gummidrains drainiert hatte, bin ich nach der von anderer Seite und in letzter Zeit besonders von Kotzenberg empfohlenen Methode dazu übergegangen, von einem kleinen Schnitt aus nach Entfernung der Appendix die Bauchhöhle auszuspülen und mittels Dresmannscher Drains bis tief ins kleine Becken hinein zu drainieren. Ich will hier gar nicht darauf eingehen, ob es von Vorteil ist, die Bauchhöhle zu spülen, oder nicht, von wesentlicher Bedeutung scheint mir vor allem die Erhaltung des intraabdominalen Druckes zu sein sowie die Möglichkeit, die erst das Dresmann'sche Glasdrain schafft, bis ins kleine Becken hinein in vorzüglicher Weise zu drainieren und doch den Tampon bis zur tiefsten Stelle täglich ohne Beschwerden für den Pat. zu wechseln. Ich glaube, daß sich ganz besonders dadurch meine in letzter Zeit erhaltenen guten Resultate erklären.

Herr Goebel hat in letzter Zeit von der systematischen Heißluftbehandlung der Peritonitis zweifellose Besserung der Resultate gesehen; einige für infaust gehaltene Fälle kamen zur Heilung.

Herr Küttner verhält sich bezüglich der angeblich entscheidenden Bedeutung der Methode bei der Peritonitisbehandlung skeptisch; bei jedem Verfahren sieht man unerwartete Heilungen und Todesfälle. K. fragt sodann die Versammlung, ob Erfahrungen über Peristaltikhormon vorlägen, er selbst hat keine Vorteile von der Verwendung des Präparates gesehen.

Herr Tietze ist wie Küttner der Ansicht, daß die Resultate bei Peritonitis weniger von einer bestimmten Operationsmethode oder von der Frage, ob Spülung oder nicht, abhängig sind, sondern von dem in der Krankheit selbst oder im Zustand des Pat. gelegenen Faktoren beeinflußt werden. Er empfiehlt sehr warm die Heidenhain'schen intravenösen Adrenalin-Kochsalzinfusionen.

Herr Hoffmann berichtet über die Anwendung von Peristaltikhormon in einem Falle, bei dem nach der operativen Lösung von Darmverwachsungen trotz Wärmeapplikation und Darmspülungen 2 Tage lang Stuhl und stärkere Winde ausblieben. Bald nach der Injektion in die Glutealgegend bekam Pat. so heftige Schmerzen, daß er zweimal Morphium erhalten mußte; Stuhl und Winde gingen erst am nächsten Tage auf Darmeingießungen und Ol. ricini innerlich ab. Das Peristaltikhormon scheint also hier nicht den geringsten Nutzen gehabt zu haben; auch der hohe Preis und die Beigabe der heftigsten Kolikschmerzen sind nicht geeignet, es zu empfehlen.

---

4) Herr Friedenthal: Fall von Lumbalhernie.

45jährige Pat. mit kirschgroßer Lumbalhernie unmittelbar neben Gibbus der untersten Brust- und obersten Lendenwirbel und unmittelbar unter der XII. Rippe, anscheinend zwischen den auseinandergedrängten Fasern des Erector trunci hervortretend, Inhalt anscheinend Fettgewebe. Anamnestisch über die Entstehung der Hernie nichts Sicheres zu erfahren. Der Gibbus soll sich 6 Jahre nach Fall von der Treppe entwickelt haben. Natur des Knochenprozesses gleichfalls unsicher, am wahrscheinlichsten luetische Spondylitis. Kurze Besprechung der Anatomie und Ätiologie der Lumbalhernien.

5) Herr Silberberg: Ein Fall von sog. Hyperostose des Oberkiefers.

Aus der Anamnese des 22 Jahre alten Pat. ist für die Entstehung der Hyperostose von Wichtigkeit, daß seit 6 Jahren erhebliche Zahnschmerzen bestanden, welche durch ein kurz vor der Aufnahme ins Krankenhaus erfolgtes Trauma noch gesteigert wurden, sowie daß eine große Reihe kariöser Zähne bestanden. S. hält die nach dem Trauma entstandene allgemeine Vergrößerung des Oberkiefers unter Berücksichtigung der durch das Vorhandensein der kariösen Zähne mit Sicherheit aufgetretenen Infektion, für ein Entzündungsprodukt (Ostitis fibrosa). Gleichzeitig weist Referent darauf hin, daß derartige Affektionen von anderer Seite teils für Entwicklungsanomalien (Blauel, Bockenheimer u. a.), teils für Osteofibrome (Uyeno u. a.) gehalten wurden.

Diskussion: Herr Küttner hält auf Grund seiner von Uyeno bearbeiteten Fälle die Affektion, welche den ganzen Oberkiefer in einen soliden knöchernen Tumor verwandelt und die Kieferhöhle verschwinden läßt, für eine echte Neubildung, ein Osteofibrom.

Herr Tietze hat den Fall vorstellen lassen, um die Frage zur Diskussion zu stellen, ob es sich in den Fällen von sog. Hyperostose des Oberkiefers um einen Tumor oder eine entzündliche Affektion handelt. Er nimmt auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen in diesem und einem anderen Falle eine Ostitis fibrosa an.

Herr Partsch faßt wie Küttner den vorliegenden Fall als Tumor auf. Die Grenze zwischen Hyperostose und Osteom sei oft schwer zu ziehen. Die von ihm beobachteten Fälle seien wahre Osteome gewesen, so ein hyperostosenähnlicher, die ganze vordere und untere Wand des rechten Oberkiefers in sich einbeziehender Tumor, bei dem die Operation auf einen spaltförmigen Kieferhöhlenrest und eine intakte innere Wand führte, und ein zunächst als Zementom angesehener Tumor, der aber nur aus Knochensubstanz bestand und aus dem umgebenden unveränderten Knochen gleichsam ausgeschält werden konnte. Auch unter den bisher beschriebenen Exostosen seien manche schon dem Osteom zuzurechnen.

Herr Coenen hält den vorgestellten Tumor mit Küttner für eine echte Geschwulst, nicht für eine entzündliche Wucherung. Es ist ein Osteofibrom des Oberkiefers, ganz ähnlich dem, das Uyeno (Bruns' Beiträge Bd. LXV) aus der Breslauer chirurgischen Klinik beschrieben hat. Diese Osteofibrome, deren Aufbau mikroskopisch dem Bilde der Ostitis fibrosa gleicht, sind typische Geschwülste, die im jugendlichen Alter, vorzugsweise bei Mädchen, vorkommen. Der vorgestellte Fall zeigt, daß auch junge Männer daran leiden können. Um das Studium dieser Gebilde haben sich hauptsächlich O. Hildebrand (Allg. Chirurgie 1908) und Uyeno (l. c.) verdient gemacht. Letzterer hat auch ein wie eine Epulis

am Alveolarbogen flügelartig aufsitzendes Osteofibrom beschrieben, das mikroskopisch dieselbe Struktur hatte.

Herr Goebel erinnert an ähnliche Kontroversen, ob Blastom, ob ostitischer Prozeß, bei der in den Tropen vorkommenden, meist symmetrischen Tumorbildung des Proc. front. maxillae sup., die Gundu oder Anakre genannt wird. Eine Beobachtung bei einem Chimpansen zeigte Hypertrophie sämtlicher Schädelknochen, ein Bild, das in etwas an die Leontiasis ossea Virchow's erinnert.

6) Herr Legal zeigt 1) eine Vorrichtung, welche besonders bei unruhigen Pat. die Verschiebung der Extensionszüge bei Frakturen in der Gegend des Ellbogengelenkes verhindert, 2) eine billige Extensionsschiene zur ambulanten Behandlung von Frakturen des Vorderarmes und in der Gegend des Ellbogens, 3) eine röhrenförmige Prothese zum Einfügen von Ansatzstücken (Messer, Löffel, Kamm, Stricknadel) zwischen 3. und 4. Finger fixierbar, bei einer Frau, welche durch Phlegmone den Zeigefinger und Metacarpus II der rechten Hand verloren und starke Bewegungsbeschränkungen in den übrigen Fingern erlitten hat.

---

2) The fifth report of the cancer commission of Harvard University. (Boston, Mass. 1909.)

1) Councilman and Magratt. The lesions of the skin and the tumor formations in xeroderma pigmentosum.

Xeroderma pigmentosum entsteht sehr wahrscheinlich durch Wirkung des Sonnenlichts bei allgemeiner, nicht auf die Haut beschränkter Disposition. Die epithelialen Geschwülste und die Hautgeschwüre haben große Ähnlichkeit mit den Röntgenstrahlenkrebsen und den Hautkrebsen des Greisenalters; sie haben lokal beschränktes Wachstum und keine Neigung zu Metastasierung. Die atrophischen Hautpartien zeigen ungefähr die gleichen Veränderungen, welche man bei der senilen Atrophie der Haut findet. — Zur Klärung der Pathogenese sind Untersuchungen über die Einwirkung des Sonnenlichts, insbesondere der verschiedenen Teile des Spektrums, und der Röntgenstrahlen auf gesund gebliebene Hautpartien der Kranken erforderlich.

2) Porter. The surgical treatment of x-ray carcinoma and other severe x-ray lesions, based upon an analysis of forty-seven cases.

P. verfügt über ein sehr großes Material von Hauterkrankungen infolge Röntgenstrahleneinwirkung. Wenn man auch ganz strikte Regeln für die Behandlung dieser Affektionen nicht aufstellen kann, vielmehr individualisieren muß, so kann Verf. doch folgende Grundsätze empfehlen: Akute und subakute Verbrennungen sind mit Exzision und Transplantation zu behandeln. Da sie oft große Schmerzen verursachen, kann man gelegentlich den Eintritt der Demarkation nicht abwarten und erlebt Mißerfolge durch Fortschreiten der Nekrose; dann ist der Eingriff zu wiederholen. Keratosen, meist gutartig, können am Handrücken, wo die Haut verschieblich ist, exzidiert und die Defekte durch Zusammenziehen der Wundränder geschlossen werden; dagegen ist an den Fingern, namentlich an den Gelenken, Transplantation (Thiersch) vorzuziehen. Bei Pachydermie und Teleangiektasie ist Exstirpation das Verfahren der Wahl, Paronychie und Onychie verlangen Entfernung des Nagels und gründliche Ausräumung des Nagelbettes, mitunter auch Amputation. Geschwüre sind stets auf Karzinom verdächtig, wenngleich es auch vorkommt, daß sie selbst nach jahrelangem Bestehen ausheilen. Manchmal führt »konservatives« Verfahren (Exzisionen, kleine

Amputationen) zum Ziel, oft müssen größere Amputationen (Finger) ausgeführt werden; bei großer Sorgfalt können auch mehrfache, nicht radikale Eingriffe (in einem Falle 35!, von denen in einzelnen Sitzungen mehrere ausgeführt wurden) Heilung herbeiführen. Alle Eingriffe hat Verf. in Allgemeinnarkose ausgeführt.

3) Wolbach. The pathological histology of chronic x-ray dermatitis and early x-ray carcinoma.

Als wichtigstes Ergebnis seiner Untersuchungen, denen hauptsächlich das Material von Porter zugrunde liegt, betont Verf. die Erfahrung, daß die durch länger dauernde Röntgenbestrahlung hervorgerufenen Schädigungen irreparabel sind. Alle Veränderungen haben primär degenerativen Charakter (Atrophie des Fettgewebes, Sklerose des Bindegewebes). Die Veränderungen des Blutzuflusses und des Bindegewebes üben auf das in seiner Differenzierungsfähigkeit geschädigte Epithel einen Wachstumsreiz aus, so daß sich das Epithel auf Kosten der anderen Gewebe ausbreitet. Zwischen Röntgenstrahlen- und Lupuskarzinomen bestehen weitgehende Analogien. Das Röntgenstrahlenkarzinom ist das erste experimentell erzeugte Karzinom.

4) Tyzzer. A series with spontaneous tumors in mice with observations of the influence of heredity on the frequency of their occurence.

Geschwülste sind bei Mäusen recht häufig; außer schon beschriebenen wurden Hypernephrom, papillomatöses Cystadenom der Eierstöcke, Riesenzellensarkom der Augenhöhle, Sarkom der Leber gefunden. Primäre Geschwülste waren zahlreicher bei Mäusen, die nie zur Geschwulstimplantation benutzt waren als bei solchen, die sich beim Versuch der Geschwulstüberpflanzung als refraktär erwiesen. Die Häufigkeit der Geschwulst in drei Familien, welche von drei mit Geschwülsten behafteten Weibchen abstammten, bringt Verf. auf die Vermutung, daß die Geschwulstentwicklung mit gewissen vererbten Eigenschaften in Zusammenhang steht. Jedenfalls kommen Geschwülste häufiger vor bei Individuen, von deren Vorfahren eines schon Geschwülste aufwies als bei solchen, deren Vorfahren geschwulstfrei waren.

5) Tyzzer. A study of inheritance in mice with reference to their susceptibility to transplantable tumors.

Erfolgreiche Übertragung von Geschwülsten bei Mäusen ist abhängig von 1) der Methode der Übertragung; 2) der Art der Geschwulst, 3) den Eigenschaften des neuen Trägers (Geschwulst-»Boden«). In letzterer Hinsicht bestehen bestimmte Rassenunterschiede. Geschwülste von japanischen Tanzmäusen, die bei Übertragung auf die gleiche Rasse fast stets weiterwachsen, entwickeln sich nicht auf der Hausmaus; die Jensen'sche Geschwulst ist nicht wachstumsfähig auf der Tanzmaus, die Ehrlich'sche Geschwulst geht auf dieser zwar an, aber weniger oft und mit verringertem Wachstum. Interessant sind die Ergebnisse der Übertragung auf Bastardstämme (geprüft an Kreuzung von Tanz- und Hausmaus). Die 1. Generation ist empfänglicher als die Tanzmaus, weniger empfänglich als die Hausmaus. 2. und 3. Generation sind absolut unempfänglich für die Tanzmausgeschwulst. Geltung des Mendel'schen Gesetzes besteht hier nicht. Auch ein Zusammenhang zwischen Rasseeigenschaften und Empfänglichkeit ist bei diesen Versuchen nicht zu erkennen, während bei den Untersuchungen an reinen Rassen die Rasseeigenschaften alle übrigen Verschiedenheiten aufwiegen.

Das Wachstum ist am stärksten bei jungen Tieren, doch erklärt sich daraus nicht das stärkere Wachstum der Tanzmausgeschwulst bei den Bastarden. Der

histologische Charakter des Tumors verändert sich nicht bei Übertragung auf Bastarde.

6) Burgess. The nature of the reaction of the tissues of susceptible and non-susceptible mice to an inoculable tumor.

Bei der empfänglichen japanischen Tanzmaus erhält die implantierte Geschwulst aus dem Gewebe des neuen Trägers ein neues Stroma. Ebenso bei der unempfänglichen zweiten Bastardgeneration; hier aber wird die Geschwulst weiterhin von einem entzündlichen Exsudat eingeschlossen, und in dem Zentrum des neugebildeten Stroma entsteht eine Überproduktion von Bindegewebsfibrillen, Vorgänge, die bei den empfänglichen Tieren fehlen. Das periphere Wachstum der Geschwulst hört auf, die zentralen Teile werden nekrotisch. Verf. faßt diese Vorgänge als Erscheinungen aktiver Immunität der nicht empfänglichen Arten auf.

7) Rushmore. The effect of trypsin on cancer and on the germ cells in mice.

Geschwülste von Mäusen (ältere und frisch implantierte) wurden mit Trypsineinspritzungen behandelt, und ferner wird durch gleiche Einspritzungen in die Hoden ein Einfluß auf das Wachstum der Samenzellen festzustellen versucht. Verf. hat sich bei verschiedenen Versuchsreihen von einer spezifischen Trypsinwirkung, die eine erfolgreiche Geschwulstbehandlung verspricht, nicht überzeugen können.

8) Gay. A transmissible tumor of the rat considered from the standpoint of immunity.

Bei Versuchen an weißen Ratten mit der Flexner-Jobling'schen Geschwulst (Karzinom) fand Verf. zunächst die Erfahrungen über die verschiedene Resistenz der einzelnen Stämme bestätigt. Aufeinander folgende Übertragungen von Lungenmetastasen ergeben vermehrte Virulenz der Geschwulst. Bei Tieren, die sich bei der ersten Übertragung als refraktär erweisen, hat auch die zweite sehr selten Erfolg. Das Blut solcher Tiere hat aber keine immunisatorische Kraft; vielmehr wurde gefunden, daß auf Injektion solchen Blutes vor oder gleichzeitig mit der Übertragung von Geschwülsten der Prozentsatz positiver Erfolge erhöht ist. Auch Verf. konnte eine »prämetastatische« Periode, während deren Immunität gegen Implantation einer zweiten Geschwulst besteht, nachweisen. In dieser Periode hat eine zweite Implantation sogar zuweilen den Erfolg, daß die erste, erfolgreich implantierte Geschwulst der Rückbildung verfällt.

Gümbel (Charlottenburg).

---

3) **R. Werner. Resultate und Probleme der Badischen Krebsstatistik.** Preis 1,50 Mk. Tübingen, Laupp, 1910.

Ein kurzes Referat der im vorigen Jahre hier bereits besprochenen Monographie des Verf.s: »Statistische Untersuchungen über das Vorkommen des Krebses in Baden und ihre Ergebnisse für die ätiologische Forschung«, erweitert durch neue Statistiken auf Grund der gezählten Krebssterbefälle des statistischen Landesamtes in Karlsruhe, die einen Zeitraum von 25 Jahren umfassen (1883—1907). — Erörterungen der Probleme der Krebsforschung und Vorschläge zur Lösung derselben sind als gehaltvolle Ergänzung angeschlossen. Als wichtiges Ergebnis der Statistik bezeichnet Verf. selbst die Tatsache, daß die geographische Verteilung der Krebssterbefälle in hohem Grade ungleichmäßig ist.

Max Brandes (Kiel).

---

4) **Carrel and Burrow.** Cultivation of adult tissues and organs outside of the body. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 16. 1910.)

Nachdem es Harrison gelungen war, fötales Gewebe des Frosches außerhalb des Körpers in plasmatischem Medium zu künstlicher Vermehrung zu bringen und dasselbe dann Burrow mit fötalem Gewebe vom Hühnchen gelungen war, haben Verff. denselben Versuch erfolgreich mit Geweben von ausgewachsenen Hunden, Katzen und Fröschen angestellt; das Kulturmedium gewannen sie vom Versuchstier selbst und hielten die Kulturplatten bei 37° C derart, daß sie, ohne die Temperatur zu ändern, stets das Wachstum der Zellen mit dem Mikroskop verfolgen konnten. W. v. Brunn (Rostock).

5) **Carrel and Burrow.** Cultivation of sarcoma outside of the body. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 18. 1910.)

Die Verff. benutzten ein Sarkom vom Küken, das seit über 1 Jahre von Tier zu Tier weiter geimpft worden war und eine sehr starke Wachstumsenergie erlangt hatte. Sie bedienten sich eines »plasmatischen Kulturmediums«, dessen Zusammensetzung hier nicht näher mitgeteilt wird. Nahmen sie dazu Plasma von dem Tier, dem das Sarkom entstammte, so ging das Sarkomwachstum jedesmal prompt vor sich; wurde Plasma von einem anderen Küken benutzt (6 Fälle), so gelang die künstliche Züchtung nur 2mal.

Nach $1^1/_2$ Stunden bereits war die Neubildung von Sarkomzellen zu konstatieren, nach 24 Stunden hatte das neugebildete Sarkomgewebe schon den 14fachen Umfang des verimpften Geschwulststücks, nach 48 Stunden etwa den 22fachen Umfang desselben erreicht. Kernteilungsfiguren waren häufig; doch änderte sich der morphologische Charakter der Zellen etwas. Es gelang, die Sarkomzellen schon in zweiter Generation außerhalb des Tierkörpers zu züchten. W. v. Brunn (Rostock).

6) **Carrel and Burrow.** Human sarcoma cultivated outside of the body. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 20. 1910.)

Den Verff. ist es nunmehr auch gelungen, auch ein Sarkom vom Menschen künstlich zu kultivieren, eine Vermehrung der Sarkomzellen außerhalb des Körpers zu erzielen. Die Geschwulst stammte von einer 35 Jahre alten Frau, betraf die Fibula und war bereits mehrfach rezidiviert. Als Kulturmedium wurde Blut benutzt, das bei der Operation der Pat. selbst entnommen worden war. 6 Tage nach der Entnahme der Geschwulst war eine der angelegten Kulturen noch am Leben. W. v. Brunn (Rostock).

7) **P. J. Filossofow.** Über spezifische Eigentümlichkeiten des Stickstoffwechsels bei Krebskranken, die für Krebskachexie charakteristisch sind. (Russki Wratsch 1910. Nr. 51.)

Nachprüfung der H. Salomon-P. Saxl'schen Versuche an 7 Pat. mit Krebs, 2 mit Tuberkulose und Mastitis und 3 Gesunden. Schlußfolgerungen: Im Harn Krebskranker beobachtet man mit großer Beständigkeit vermehrten Gehalt unvollständig oxydierter stickstoffhaltiger Substanzen, die bei Hydrolyse Aminsäuren geben. Diese Erscheinung kann in gewissen Fällen zuverlässige diagnostische Bedeutung haben. Die Ursache scheint in perverser chemischer Tätigkeit der Krebszellen zu liegen. Gückel (Kirssanow).

8) **R. Binaghi** (Cagliari). **L'indice opsonico nei tumori maligni.** (Clin. chir. 1910. Nr. 11.)

Bekanntlich hält nach seinen Untersuchungen Sanfelice den Saccharomyces neoformans für die Ursache des Karzinoms. Um nun diese Hypothese auf ihre Richtigkeit zu prüfen, hat B. das Blut von 14 karzinomatös und 6 sarkomatös erkrankten Individuen auf die opsonische Reaktionsfähigkeit geprüft. Er hat zu dem Zweck den opsonischen Index des Blutes dieser Kranken gegenüber dem ihm von Sanfelice zur Verfügung gestellten S. neoformans bestimmt und dabei gefunden, daß er immer erhöht ist (1,23—2,36). Diejenigen Fälle, die nach der Operation rezidivierten oder die metastasierten, hatten einen wesentlich erhöhten Index (2,09—2,06). Die relativ gutartigen Formen zeigten einen opsonischen Index von 1,24—1,3. Zur Kontrolle hat Verf. den opsonischen Index des Blutes derselben Individuen zu derselben Zeit gegenüber dem Blastomyces comm. und dem Bac. coli bestimmt und gefunden, daß derselbe im ersten Falle zwischen 0,79 und 1,0, im zweiten Zalle zwischen 0,67 und 0,96 variiert. Das Blut von Pat., die an anderen Krankheiten litten, zeigte gegenüber dem Saccharomyces neoformans einen opsonischen Index von 0,83—1. Bei einigen Kranken hat B. den opsonischen Index auch einige Zeit nach der Exstirpation der Neubildung noch ausgeführt und fand bei denjenigen Fällen, die rezidivfrei blieben, eher die Neigung zur Abnahme des opsonischen Index. Bei Fällen aber, die sich verschlimmerten, nahm er zu, was Verf. darauf zurückführt, daß die zurückgebliebenen Karzinomzellen Toxine absondern und deshalb den opsonischen Index erhöhen.

Stocker jun. (Luzern).

---

9) **B. P. Rutschinski. Beiträge zur Frage von der Ätiologie der experimentellen Proliferation des Epithelgewebes.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 51.)

Versuche mit α-Naphtylamin, Krotonöl und Infusorienerde an Kaninchenohren. Ergebnisse: Der spezifisch chemische Reiz spielt die Hauptrolle in der Proliferation des Epithels; die mechanischen Reize nur eine Nebenrolle. Verbindung chemischer und mechanischer Reizung führen sehr leicht zur Epithelproliferation. Verstärkung des chemischen und mechanischen Reizes steigern die Proliferation nicht, sondern veranlassen entzündliche Erscheinungen. Spezifisch chemischer Reiz allein gibt leicht Epithelproliferation, mechanischer Reiz allein hauptsächlich entzündliche Veränderungen und nur unbedeutende Epithelproliferation. Starkes Trauma ruft bei vorhandener Neigung zu Epithelproliferation dessen Vermehrung hervor und verleiht ihr Ähnlichkeit mit atypischer Epithelwucherung bei Krebs. Gückel (Kirssanow).

---

10) **Dubreuilh. Kératose arsenicale et cancer arsenical.** (Ann. de dermat. et de syphiligr. 1910. p. 65.).

Verf. teilt vier Fälle von Hyperkeratosen nach Arsengebrauch mit. Bei einem entwickelte sich auf dem Boden der Hyperkeratose ein auch histologisch sichergestelltes Epitheliom am Mittelfinger. Klingmüller (Kiel).

---

11) **Bargues. De l'épithéliome sur lupus vulgaire.** (Ann. de dermat. et de syphiligr. 1910. p. 3.)

Zu den schon bekannten Fällen von Lupuskarzinom werden 6 eigene Beobachtungen hinzugefügt, so daß jetzt etwa 164 Fälle veröffentlicht sind. Aus

der Zusammenstellung aller dieser Fälle ergeben sich einige interessante Tatsachen. Karzinome sollen in etwa 3% der Fälle auftreten. Sie entstehen wahrscheinlich immer auf den Narben. Vor dem 20. Lebensjahr ist nur ein Fall beobachtet. Während Lupus allein häufiger bei der Frau auftritt, sind die Lupuskarzinome doppelt so zahlreich bei Männern. Sie sitzen meist im Gesicht oder an den Extremitäten oder am Hals. Die Therapie ist nicht machtlos, Röntgenstrahlen sollen in gewissen Fällen provozierend gewirkt haben. Von 74 behandelten Fällen sind 32mal Heilungen berichtet. Zum Schluß gibt Verf. eine tabellarische Übersicht der 164 Fälle. Klingmüller (Kiel).

---

12) Bloodgood. The surgical treatment of cutaneous malignant growths. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 19. 1910.)

Probeexzisionen aus verdächtigen Hautgeschwülsten sollten möglichst vermieden werden, jedenfalls sollte man dabei niemals mit dem Messer erst durch krankes und dann durch gesundes Gewebe hindurchschneiden, der Keimverschleppung wegen.

B. bespricht dann kurz seine Erfahrungen bei der Behandlung von 65 Fällen bösartiger Pigmentmäler, von 45 Fällen von Hautsarkom und von 812 Fällen bösartiger epithelialer Hautgeschwülste.

Naevi sollte man entweder noch, so lange sie gutartig sind, entfernen oder doch sofort, wenn sie zu wachsen beginnen; dazu ist aber eine Aufklärung des Publikums über die Gefährlichkeit des Leidens nötig; wenn man sie aber exstirpiert als verdächtig der Bösartigkeit, dann soll man stets die Fascie mit entfernen und die regionären Lymphdrüsen. B. ist in der Therapie der bösartigen Hautgeschwülste ein ausgesprochener Anhänger der radikalen Therapie, der Exstirpation.

Die außerordentlich interessante Kasuistik, besonders der epitelialen Geschwülste, ist sehr lesenswert; letztere sind tabellarisch übersichtlich geordnet. Zum Schluß betont Verf., daß man bisher zu Unrecht an den Extremitäten bei Sarkom meistens amputiert, bei Karzinomen meist nicht so radikal vorgegangen sei; umgekehrt sei es richtig. W. v. Brunn (Rostock).

---

13) C. A. Porter. The surgical treatment of X-ray carcinoma and other severe X-ray lesions, based upon an analysis of 47 cases. (Publications of the Massachusetts General Hospital Vol. III. Nr. 2. Oktober 1910.)

47 teils persönliche, teils aus der Literatur zusammengestellte Fälle von präkarzinomatösen Röntgendermatosen und Röntgenkarzinomen. Die Mortalität von 25% der Karzinome zeigt deutlich ihre Malignität. Immerhin ist es in Frühfällen möglich, durch konservative Maßnahmen (ausgedehnte Exzisionen unter Vermeidung von Amputationen) eine weitere Ausbreitung zu verhüten. Zur Deckung werden besonders Thiersch'sche Läppchen empfohlen.

Die Arbeit enthält zahlreiche interessante Details, die jedoch im Rahmen eines kurzen Referates nicht wiedergegeben werden können.

E. Melchior (Breslau).

---

14) Gaston. Un nouveau baume. Son utilisation dans le traitement des radiodermites et des ulcérations torpides. (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syph. 1910. p. 195.)

G. empfiehlt zur Behandlung von Röntgendermatitiden und torpiden Ulzerationen den Balsam Berger (»Ulcerine«), welcher besteht aus Salicine, Populin,

Acid. benzoic., Pektin und Acid. gallic., vermischt mit Perubalsam (genaue Zusammensetzung im Original angegeben). Klingmüller (Kiel).

---

15) **Ponget et Nancel-Penard. Radiodermite ulcéreuse aigue; extirpation; examen histologique.** (Ann. de dermatol. et de syphil. 1910. p. 514.)

Bei einem Pat. entwickelte sich etwa 3 Wochen nach diagnostischen Röntgenbestrahlungen auf dem Rücken eine Ulzeration, welche anfangs 20 cm im Durchmesser zeigte, schließlich auf 8 zu 4 cm zurückging, aber dann keine Neigung zur Heilung hatte. Wegen der starken Schmerzen Exzision. Heilung. Histologische Untersuchung. Klingmüller (Kiel).

---

16) **Cushing. The special field of neurological surgery: five years later.** (Bull. of the Johns Hopkins hospital 1910. November.)

C. will in diesem Vortrage in großen Zügen die Fortschritte zusammenfassen, die in den letzten 5 Jahren seit seiner Publikation im Jahrgang 1905 dieser Zeitschrift (Märznummer) auf dem Gebiete der Chirurgie des Nervensystems zu verzeichnen sind (vgl. Referat in diesem Zentralblatt 1905, Nr. 22); er geht dabei natürlich stets auch auf seine persönlichen Erfahrungen ein.

Was die Hirngeschwülste anlangt; so ist sehr bemerkenswert, um wie viel früher sie jetzt zur Aufnahme kommen und wie sehr viel häufiger solche Pat. jetzt chirurgische Hilfe nachsuchen. Etwa 250 operative Eingriffe an etwa 180 Pat. hat C. bisher auszuführen gehabt, die meisten davon in den letzten 2 Jahren. Wenn auch in vielen Fällen eine Radikaloperation nicht möglich war, so konnte C. doch durch subtemporale Anlegung einer Trepanationsöffnung die Erblindung verhüten und die Kopfschmerzen und die übrigen Hirndrucksymptome beseitigen. Es ist ein Verbrechen, einen Kranken mit Hirngeschwulst erblinden zu lassen (ausgenommen wenn die Sehsphäre selbst zerstört ist). In neuester Zeit ist es gelungen, allein durch perimetrische Augenuntersuchung und Feststellung eigenartiger Veränderungen der Farbenempfindung eine Diagnose auf Hirngeschwulst zu stellen, bevor noch die Veränderungen am Eintritt des N. opticus im Auge ophthalmoskopisch erkennbar werden; sechsmal hat C. nur auf diese Indikation hin operiert und die Diagnose bestätigt gefunden, auch mit bemerkenswertem Erfolg operieren können, da er so früh eingriff. Die Erfolge sind von Jahr zu Jahr besser geworden, wie C. an seinem Material nachweist.

Die Erfolge der Hydrocephalusbehandlung geben uns Aussicht auf therapeutische Erfolge für die Zukunft; die Erfolge in der Behandlung der genuinen Epilepsie sind noch recht spärlich. In der Erkenntnis der Zusammensetzung der Hypophysis aus zwei Teilen und ihrer Bedeutung sind wir weiter gekommen und haben gelernt, Hypophysenerkrankung erfolgreich anzugreifen.

Die eitrige Meningitis an Hirn und Rückenmark ist mehrfach erfolgreich mit Drainage und Urotropindarreichung behandelt worden, Geschwülste im und am Rückenmark sind oft mit Erfolg beseitigt worden; dabei war es bemerkenswert zu beobachten, daß das Rückenmark sich dann noch funktionell zu restituieren vermochte, wenn es durch die Geschwulst bandartig komprimiert gewesen war. Auch ist die Behandlung von Verletzungen des Rückenmarks ein dankbares Objekt für die Chirurgie geworden.

Auf dem Gebiete der peripheren Nerven hat die Plastik und die Anastomose viel Gutes geschaffen; die Anastomosierung der Nervenenden an Amputationsstümpfen scheint geeignet zu sein, die Entstehung von Amputationsneuromen zu verhindern; sind solche aber an alten Stümpfen vorhanden, so kann man nach Abtragung der Neurome und Anastomosierung der angefrischten Nervenenden anscheinend Rezidive verhüten. Kritisch spricht C. sich über die Erfolge der Förster'schen Operation aus. In der Therapie der Trigeminusneuralgie hat die Methode der tiefen Alkoholinjektionen viel Segen gestiftet und manche schwere, entstellende und oft nutzlose Operation unnötig gemacht.

W. v. Brunn (Rostock).

---

17) **Frederic A. Besley. A new theory regarding the mechanism of skull fractures.** (Quarterly bull. of Northwestern university med. school Vol. XII. Nr. 3. 1910. Dezember.)

In seinen Auseinandersetzungen wendet sich Verf. gegen die Auffassung der Schädelbasisfrakturen als »Berstungsbrüche«.

Nach seinen Erfahrungen besitzen die Basisfrakturen eine ausgesprochene Ähnlichkeit untereinander in der Richtung der Bruchlinien, und zwar unabhängig von dem Orte der das Gewölbe treffenden Gewalteinwirkung; ferner folgen die Bruchlinien nicht den Stellen des geringsten Widerstandes. Vor allem aber spricht die Häufigkeit der Fraktur in der mittleren Schädelgrube gerade vor den Kondylen des Hinterhauptes B.'s Ansicht nach dafür, daß die Basisfrakturen in der Regel Biegungsbrüche darstellen infolge des Kontrekoups, den die Basis an der Stelle der Kondylen von dem Atlanto-occipitalgelenk aus erfährt.

E. Melchior (Breslau).

---

18) **Walter Ohrloff. Über eine ungewöhnliche Art von Schädelfraktur und ihren Entstehungsmechanismus (Deckelfraktur).** Inaug.-Diss., Rostock, 1910.

Ein 61jähriger Pferdeknecht verunglückte an einem Göpelwerk, das zum Antrieb einer Wasserpumpe diente. Er geriet mit dem Kopf zwischen einen rotierenden Balken und einen feststehenden eisernen Bolzen des Göpelwerkes, wodurch es zu einer Abhebelung der Schädelkuppe kam, die sich wie ein Deckel zurückklappen ließ. Die Dura war nur in geringer Ausdehnung verletzt. Es traten keine zerebralen Erscheinungen auf, der Fall ging in Heilung über. Ähnliche interessante Deckelfrakturen fand O. in der Literatur nur noch viermal verzeichnet. Zum Schluß der Dissertation berichtet er noch über zwei Versuche an Leichen, die er zur Nachahmung der Verletzungsmechanismus angestellt hat.

Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

19) **Grant. Traumatic facial paralysis.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 17. 1910.)

Ein junger Mann hatte durch einen Revolverschuß ins rechte Ohr das Gehör auf dieser Seite verloren und eine Facialislähmung davongetragen. Die Röntgenaufnahme zeigte das deformierte Geschoß in der mittleren Schädelgrube; beim Durchgang durch das Felsenbein waren verschiedene Stücke des Geschosses im Knochen haften geblieben.

$4^1/_2$ Monate später operierte G. in der Weise, daß er den zentralen Stumpf des Accessorius in den peripheren Stumpf des Facialis, zugleich aber den Ramus

descendens hypoglossi in den peripheren Stumpf des Accessorius einpflanzte. Nach weiteren 4 Monaten war die Funktion der vom Accessorius versorgten Muskulatur wieder normal, $6^1/_2$ Monate nach der Operation auch die Funktion der Gesichtsmuskeln, außer dem M. corrugator supercilii. Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

20) Buchanan. Double central blindness following upon injury to the head by a fall. (Glasgow med. journ. 1910. Oktober.)

Ein 35 Jahre alter Mann fiel vom Hinterperron eines Straßenbahnwagens mit dem Hinterhaupt aufs Straßenpflaster; er war zunächst 36 Stunden lang ohne Bewußtsein; Symptome, die auf einen Schädelbruch hätten schließen lassen, fehlten völlig. Sofort nach dem Erwachen aber hatte Pat. bemerkt, daß er schlecht sehen konnte, und die Untersuchung ergab, daß er beiderseits ein zentrales Skotom hatte.

Dies zu erklären ist schwierig. Erstens könnte ein kleiner Knochensplitter das Chiasma an der Stelle getroffen haben, wo die Nervenfasern zu der Mitte der Retina führen; zweitens aber könnte am hinteren Teil des Hirns an der Fissura calcarina z. B. durch je eine Hämorrhagie bzw. durch ein Hämatom in den Hirnhäuten eine Schädigung erzeugt worden sein. Diese zweite Möglichkeit hat aber nach des Verf.s Ansicht noch weniger für sich als die erste.

W. v. Brunn (Rostock).

---

21) Leon Imbert et Th. Raynal. Le comblement des brèches des parois craniennes. Prothèse metallique interne. (Gaz. des hôpitaux 1910. Nr. 137.)

Die Verff. empfehlen das von Delair-Sebileau vorgeschlagene Einlegen von Metallprothesen in Lücken des Schädelknochens. Die Platte wird am Knochen befestigt und ist durchlocht, so daß das gewöhnlich sehr reichliche Sekret gut abfließen kann und zwischen dem diesseits und jenseits der Prothese befindlichen Gewebe ausgedehnte bindegewebige Verbindungen sich herstellen können. Das Verfahren ist etwas umständlich, da nach Verf. eine ganz aseptische Schmiede nötig ist, um der Platte die richtige Form usw. zu geben. Die Resultate sind aber gut. Der älteste Pat. trägt seine Goldplatte schon 7 Jahre vor dem Sinus frontalis, der jüngste seine Silberprothese in der Stirn seit 7 Monaten.

V. E. Mertens (Zabrze (O.-S.).

---

22) Schwarz. Über Meningitis carcinomatosa. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 52.)

Bei einem unter meningitischen Erscheinungen erkrankten Mann fanden sich in der Lumbalflüssigkeit große Zellen, die als Geschwulstzellen anzusprechen waren. Bei der Obduktion, die sich leider nur auf das Gehirn erstreckte, ließen sich dieselben Zellen in großer Menge im Arachnoidealraum an der Konvexität des Gehirns nachweisen. Da Achylie bestand, ist es möglich, daß es sich um karzinomatöse Metastasen eines primären Magenkarzinoms gehandelt hat.

Deetz (Arolsen).

---

23) Horsley. An address on surgical versus the expectant treatment of intra-cranial tumour. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 10.)

Die sogenannte »innere« Behandlung von Hirngeschwülsten ist falsch, weil nutzlos. Man soll keine kostbare Zeit verlieren mit dem Warten auf Hirndruckzeichen, wie Neuritis optica, Kopfschmerzen, Erbrechen, sondern die Probetrepanation machen auf Grund von frühen Symptomen. H. stellt folgende Sätze auf: Jede »fokalisierte« Epilepsie, die nicht unzweifelhaft idiopathisch ist, soll der Probetrepanation unterworfen werden. Unter »fokalisierter« Epilepsie versteht H. alle epileptischen Zustände, deren Herd auf einen bestimmter Hirnlappen bezogen werden kann. Jede fortschreitende motorische oder sensorische Lähmung zerebraler Art soll operativ in Angriff genommen werden. Um die Frühzeichen zu erkennen, soll man häufiger und planvoller untersuchen; dann werden einem die so wichtigen Zeichen sensorischer Lähmung nicht so leicht entgehen. Die chirurgische Behandlung besteht in Entfernung der Neubildung oder in Entlastung des Hirndrucks. Letztere soll aber nur in Frage kommen bei Unmöglichkeit, die Geschwulst aus ihrem bekannten Sitz zu entfernen oder sie zu lokalisieren. Seit 1893 fordert H. so wie heute noch, daß die antiluetische Probebehandlung einer Hirngeschwulst nie länger als 6 Wochen versucht wird, und daß nur bei ganz deutlicher Besserung von der Operation Abstand genommen werden soll. Gegen diese Forderung wird heute noch stark gesündigt. Gummata und luetische Pachymeningitis werden nur sehr selten durch »innere« Behandlung geheilt, zeigen vielmehr nach schneller Besserung starke Neigung zu Rückfällen. Daher begnügt sich H. nicht mit der antiluetischen Behandlung, sondern greift diese Zustände auch lokal an durch Trepanation, Berieselung des Subduralraums mit Sublimatlösung 1 : 1000 und Entfernung des nekrotischen Gewebes. Stets hat er nach diesem Grundsatz in seinen vielen Fällen gehandelt und nur zweimal einen Mißerfolg gesehen.

Diese herausfordernden Sätze stellt H. auf in einem Vortrag, den er auf dem deutschen Neurologentag in Berlin im Oktober 1910 hielt.

Weber (Dresden).

---

24) Gierlich (Wiesbaden). Symptomatologie und Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube mit besonderer Berücksichtigung der für einen chirurgischen Eingriff zugängigen. (Samml. zwangloser Abh. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankheiten Bd. IX. Hft. 2. Halle, C. Marhold, 1910.)

Nach kurzen anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen erörtert die Arbeit zunächst Wesen und Erklärung der sicheren Kleinhirnsymptome, der cerebellaren Ataxie, des Drehschwindels und des Nystagmus. Sie werden unterstützt durch die Reihe anderer, der physiologischen Erklärungen noch entbehrenden Erscheinungen, die, wie die cerebellare Parese, die Hypotonie, die Asynergie cérébelleuse u. a., meist im Beginn der Erkrankung auftreten und dann, bevor sie von Nachbarschaftssymptomen überdeckt werden, oft zur Bestimmung der kranken Seite von Wichtigkeit sind. Die Enge der hinteren Schädelgrube bringt es mit sich, daß die diagnostisch wertvollsten initialen Symptome hier öfter und schneller als sonstwo im Zentralnervensystem unter Nachbarschaftssymptomen verschwinden, die von Läsionen der Kleinhirnschenkel und des ventral liegenden Hirnstamms und auch von Erkrankungen des Bodens der hinteren Schädelgrube ausgehen können. Von praktischem Interesse ist die Erörterung der speziellen

Symptomatologie und der differentialdiagnostischen Abgrenzung der der chirurgischen Therapie zugängigen Prozesse der hinteren Schädelgrube, der Abszesse und Geschwülste des Kleinhirns und der Neurofibrome des Kleinhirnbrückenwinkels. — Die Arbeit schließt mit einem Verzeichnis der neueren Literatur, soweit sie nicht in den Monographien von Bruns und Oppenheim enthalten ist.

W. Goebel (Köln).

---

25) Bornhaupt. Zur operativen Behandlung der Brückenwinkeltumoren. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

D. empfiehlt zweizeitiges Operieren. Besondere Vorsicht ist beim Abbrechen des Haut-Periost-Knochenlappens vom Foramen occipitale geboten, um die Medulla oblongata nicht zu drücken.

Wenn irgendmöglich soll man nach Exstirpation der Geschwulst primär vernähen und nicht tamponieren.

Als Kontraindikation der Operation, die die Prognose wesentlich trübt, gelte die beschleunigte unregelmäßige Herztätigkeit bzw. das Vagussymptom.

Deetz (Arolsen).

---

26) Schwartz. Zur Kasuistik der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

Verf. gibt die Krankengeschichten von zwei Geschwülsten, deren Diagnose durch Operation bzw. Obduktion bestätigt wurde.

Beginn mit Symptomen von seiten der N. cochlearis und vestibularis: Schwerhörigkeit, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, dann allgemeine Hirnsymptome, wie Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapille. Später die Nachbarschaftssymptome, wie Nystagmus, Blicklähmung, Lähmung des Abducens und Facialis, Trigeminussymptome, speziell die Areflexie der Cornea auf der Seite der Affektion, weiterhin Symptome von seiten des Vagus und Glossopharyngeus.

Der eine Pat. starb vor der Operation, im Anschluß an eine Lumbalpunktion. Während des Ablassens des Liquor bekam er so heftige Kopfschmerzen, daß die Punktion unterbrochen wurde.

S. warnt in Übereinstimmung mit Oppenheim vor Lumbalpunktionen, wenn auch nur der geringste Anhaltspunkt dafür gegeben ist, daß eine Affektion der hinteren Schädelgrube, sei es Geschwulst oder seröse Meningitis vorliegt.

Deetz (Arolsen).

---

27) Paris et Sabaréanu. Recherches sur la présence du tréponème pâle dans la glande pituitaire des hérédo-syphilitiques. (Bull. de la soc. franç. de dermat. et de syph. 1910. p. 198.)

Verff. untersuchten sieben Hypophysen von Hereditärsyphilitischen und fanden in drei Fällen die Spirochaeta pallida, aber nur im Vorderlappen, während der Nervenlappen frei war.

Klingmüller (Kiel).

---

28) Bernhard Fischer. Die Beziehungen des Hypophysistumors zu Akromegalie und Fettsucht. (Frankf. Zeitschrift für Path. Bd. V. Hft. 2 u. 3.)

Eine eingehende kritische Besprechung der zu diesem Thema bisher vorliegenden anatomischen, experimentellen und klinischen Beobachtungen, die in

einer bei Bergmann, Wiesbaden, erscheinenden Monographie durch eigene Untersuchungsresultate noch erweitert werden soll.

F. kommt zu folgenden Ergebnissen: Eine Schädigung des nervösen Hinterlappens der Hypophyse führt zu allgemeiner Adipositas und Hypogenitalismus (Dystrophia adiposo-genitalis). Diese Schädigung des Hinterlappens kann in einem Druck bestehen, den ein Hydrocephalus oder eine Geschwulst des drüsigen Vorderlappens hervorruft. Eine Operation, auch eine palliative, kann dann Besserung bzw. Heilung bringen. Physiologisch übt der Hinterlappen der Hypophysis wahrscheinlich einen Einfluß auf die Regulierung des Hirndrucks und des Blutdrucks aus und steht in Beziehung zur Genitalsphäre.

Die Akromegalie ist stets die Folge einer Hypersekretion des Vorderlappens der Hypophyse, die sich fast ausnahmslos in einer Geschwulstbildung der Hypophysisepithelien äußert. Diese Geschwulst braucht aber nicht von der Hypophysis selbst auszugehen, sondern kann in versprengten Hypophysiskeimen im Keilbein oder Rachendach ihren Ursprung haben. Das Vorkommen einer Rachendachhypophyse ist beim Menschen physiologisch.

Nicht jede Hypophysisgeschwulst muß mit einer Hypersekretion und mit Akromegalie einhergehen, ebensowenig, wie jeder Kropf zum Basedow führt.

Angaben in der Literatur über Akromegalie ohne Hypophysisgeschwulst beruhen entweder auf ungenauen Untersuchungen (Übersehen einer Geschwulst im Keilbein oder am Rachendach) oder auf ungenauer Diagnosestellung: Die Akromegalie wird gern mit Riesenwuchs oder Syringomyelie verwechselt.

»Nur die Operation des Hypophysistumors genügt bei der Akromegalie der Indicatio causalis. Die Unterlassung der Operation ohne zwingende Gründe muß nach dem heutigen Stande unseres Wissens als ärztlicher Kunstfehler angesehen werden.« Trappe (Breslau).

---

29) Darier et Civatte. Naevus on naevocarcinome chez un nourisson. (Bull. de la soc. franç. de dermat. et de syphiligr. 1910. p. 61.)

Bei einem 8 Monate alten Kind histologisch sichergestelltes, schnell wachsendes Naevikarzinom am Nasenrücken. Klingmüller (Kiel).

---

30) Mc Curdy. Pathology and treatment of alveolar abscess. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 15. 1910.)

Die Bildung und Ausbreitung der Alveolarabszesse demonstriert Verf. an der Hand einer Reihe von Fällen eigener Beobachtung, die er durch sehr instruktive Abbildungen erläutert. Die Art des Vorgehens muß sich natürlich in jedem Einzelfalle nach den individuellen Verhältnissen richten.

Als bestes Desinfektionsmittel bei eitrigen Affektionen der Mundhöhle hat sich ihm die reine Jodtinktur bewährt. W. v. Brunn (Rostock).

---

31) Mauclaire (Paris). Énorme fibrome pur de la partie inférieure du maxillaire supérieur. (Arch. génér. de chir. VI. 12. 1910.)

Bei einem 40jährigen Manne war im Laufe von 3 Jahren ein übergroßes Fibrom des harten Gaumens entstanden, das zweifaustgroß aus dem Munde hervorragte und außerdem fast die ganze linkseitige Mund- und Wangenhöhle ausfüllte.

Nach Abtragung der aus dem Munde vorragenden Geschwulst und nach Spaltung der Wange wurde die Basis der Geschwulst am harten Gaumen zugänglich

und mit diesem entfernt. Histologisch handelte es sich um ein reines Fibrom, das vom Periost ausging.

Eine kurze Zusammenstellung von zentralen (von der Kieferhöhle ausgehenden) und peripheren (periostalen) Fibromen ergänzt die Arbeit.

M. Strauss (Nürnberg).

---

32) **Quiring. Über isolierte Aufnahme einer Kieferhälfte.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 1.)

Anschließend an die gleichlautende Arbeit von Hänisch in Bd. XV. der Zeitschrift empfiehlt Verf. die Aufnahmetechnik dadurch noch zu vereinfachen, daß man den Kopf des Pat. nicht einfach seitlich auflegt, sondern ihn so weit drehen läßt, bis die Nase fest auf der Platte aufliegt; der Zylinder kann hierbei aufrecht stehen bleiben; eine Kippung ist unnötig. Ein Vorzug ist dabei, daß der Mund nicht geöffnet zu werden braucht, was bei entzündlichen Krankheiten häufig gar nicht oder nur unter Schmerzen möglich ist.

Zu demselben Kapitel gibt Dr. Ossig eine Erklärung in Bd. XVI, Hft. 2; er macht seine Aufnahmen offenbar ganz ähnlich wie Q., unabhängig von diesem.

Gaugele (Zwickau).

---

33) **S. R. Mirotworzew. Zur Kasuistik der operativen Behandlung der wahren Unterkieferankylose.** (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 49.)

5jähriger Knabe. Vor 2 Jahren nach Scharlach eitrige Mittelohrentzündung, Parotitis und darauf beiderseits Ankylose des Unterkiefers. Operation nach W. W. Schmidt: Durchmeißelung des aufsteigenden Astes und Interposition eines Stückes aus dem Kaumuskel auf beiden Seiten. Sofort konnte der Mund auf 2 cm geöffnet werden. Heilung. 3 Jahre später zeigte sich der Knabe in blühendem Zustand, der Unterkiefer, früher im Wachstum zurückgeblieben, entwickelt sich normal, der Mund kann auf 3 cm geöffnet werden.

Gückel (Kirssanow).

---

34) **M. Donati. Contributo allo studio del serramento delle mascelle da anchilosi ossea temporo-mascellare.** (Gaz. med. ital. Jg. LXI. Nr. 30—32. 1910.)

Verf. hat bei einem 9 Jahre alten Knaben doppelseitige Ankylose des Unterkiefers in zwei Sitzungen operiert; die Erkrankung war 7 Jahre vorher entstanden im Anschluß an eine doppelseitige Otitis mit retroaurikulären Abszessen. Auffallend war in Hinsicht auf die Erkrankung beider Gelenke, daß ein erheblicher Unterschied in der Entwicklung beider Kieferhälften bestand, so zwar, daß die linke Seite, auf welcher der Gelenkspalt und Meniscus noch teilweise erhalten waren, schwächer war als die rechte, wo Schädelbasis, Proc. condyloides und coronoides und Proc. zygomaticus eine zusammenhängende Knochenmasse bildeten. Da nach der ausgedehnten Resektion beider Gelenke auch nach 6 Monaten das funktionelle Resultat sehr gut war (Öffnung der Zahnreihen auf 4 cm), glaubt Verf., daß die Interposition von Weichteilen unnötig ist, sofern nur tägliche Übungen im weiten Öffnen des Mundes jahrelang fortgesetzt werden. — Präliminare Tracheotomie wird zur Vermeidung von Asphyxie empfohlen.

Gümbel (Charlottenburg).

35) **Shurly. Enucleation of the faucial tonsils.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 18. 1910.)

Verf. läßt nicht ganz so viele Indikationen für die Totalexstirpation der Tonsillen gelten wie Beck, doch geht auch er darin noch ziemlich weit. Einfach hypertrophische Mandeln bedürfen nur der Tonsillotomie; beim Vorhandensein von vergrößerten Halsdrüsen genügt es bisweilen, Herde in der Nase oder im Nasenrachen zu beseitigen; auch bedarf nach Verf.s Ansicht nicht jeder Fall von Rheumatismus unbedingt der doppelseitigen totalen Exstirpation der Mandeln. Bei Kindern ist Allgemeinnarkose für diesen Eingriff notwendig und folgende stationäre Behandlung.

W. v. Brunn (Rostock).

36) **Beck. Conditions demanding enucleation of the faucial tonsils.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 18. 1910.)

Die Totalexstirpation beider Gaumenmandeln scheint von einigen Oto-Laryngologen Amerikas, wie vom Verf., der Professor für dieses Fach in Chicago ist, ganz außerordentlich oft für angezeigt gehalten zu werden. Er führt als Indikationen an: rezidivierende Angina tonsillaris, besonders mit Abszeßentwicklung, Tuberkulose, Primäraffekt, bösartige Mandelgeschwülste, Angina, bei Diphtherie und Scharlach im akuten Stadium, chronische Pharyngitis, Tubenkatarrh mit Affektionen des Mittelohrs, Halslymphdrüsenvergrößerung, Spitzentuberkulose, chronische Bronchitis der Kinder, Rheumatismus mit allen nur denkbaren Folgekrankheiten, chronische Septhämie, Magen-Darmstörungen und Gallenleiden, parenchymatöse Veränderungen an Nieren, Leber und Pankreas, Episkleritis und phlyktänuläre Keratokonjunktivitis.

W. v. Brunn (Rostock).

37) **Alfred Wolff. Zur Kenntnis des Rückenmarkabscesses.** (Virchow's Archiv Bd. CXCVIII. p. 545.)

Bei der Geburt geplatzte Meningokele. Unmittelbar nachher Operation derselben. 8 Tage danach Tod unter dem Bilde einer eitrigen Meningitis. Die genaue Untersuchung des Rückenmarks ergab neben der Meningitis ein Pyomyelom und einen Abszeß im Rückenmark, der stellenweise mit dem Zentralkanal in Verbindung stand und sich zu beiden Seiten des Septum med. post. symmetrisch in die Hinterstränge hinein erstreckte. Nirgends fand sich eine Spur von Abszeßwand, von reparatorischen Vorgängen oder Narbenbildung; desgleichen fehlten Blutungen in das Rückenmark und anämische Nekrosen. Verf. bespricht im Anschluß an seinen Fall die einschlägige Literatur und hebt besonders hervor, daß Bronchiektasien und Lungengangrän eine häufige Ursache für derartige Abszesse im Zentralnervensystem bilden. Es ließ sich ein derartiger ätiologischer Zusammenhang in fast einem Drittel aller bekannten Fälle nachweisen.

Doering (Göttingen).

38) **J. Young (Philadelphia). Early operation for psoas abscesses.** (Univ. of Pennsylvania med. bull. Vol. XXIII. Nr. 10. 1910.)

Nach Y.'s Erfahrungen ist beim tuberkulösen Psoasabszeß, solange eine Mischinfektion noch nicht eingetreten ist, die konservative Behandlung vorzuziehen; im anderen Falle ist die frühzeitige Operation angezeigt, welche bessere und schnellere Erfolge als die Spätoperation gibt. Y. empfiehlt folgende, nach Treves modifizierte Operationsmethode: Senkrechter Lendenschnitt 5—7 cm

seitlich von den Dornfortsätzen, wobei der Processus transversus des III. Lendenwirbels als Orientierungspunkt genommen wird; stumpfe Durchtrennung des M. quadratus lumborum, Eröffnung des Psoasabszesses in Höhe des Querfortsatzes des III. Lendenwirbels. Bei Beachtung der vom Verf. auf Grund anatomischer Studien gegebenen Verhaltungsmaßregeln kann eine Eröffnung des Peritonealraumes sicher vermieden, und selbst umschriebene Abszeßbildungen in einem frühen Stadium der Erkrankung können sicher getroffen werden. Tamponade bzw. Drainage des Abszesses sollte möglichst frühzeitig, nach 8—10 Tagen, wegbleiben. Am besten eignen sich für diese Behandlungsmethode Fälle mit akutem Beginn, in welchen die ursächliche Wirbelkaries event. noch keine manifesten Symptome verursacht hat. Drei derartig operierte Fälle werden mitgeteilt; es wurde bereits 8—30 Tage nach Beginn der ersten Erscheinungen operiert. In späteren Stadien genügt die Lendenfreilegung des Psoas nicht mehr allein zur Ausheilung. Mohr (Bielefeld).

---

39) Mc Clanahan. A brief report of the Nebraska epidemie of poliomyelitis. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 14. 1910.)

Im Sommer 1909 entstand im Staate Nebraska eine große Epidemie von Poliomyelitis; allein in zwei benachbarten ländlichen Distrikten mit zusammen 31 000 Bewohnern kamen 514 Erkrankungsfälle zur ärztlichen Kenntnis, und zwar fast alle im Juli und August, die beide warm und trocken waren; im ganzen wurden 999 Fälle im Staate Nebraska bekannt, über einen Teil dieser Fälle hat Orr bereits berichtet. Von den Fällen, über die Näheres notiert ist, verliefen 107 mit Hirnsymptomen, 86 betrafen die Gegend der Medulla oblongata, 113 hatten Symptome von Polyneuritis, 495 verliefen unter den gewöhnlich bekannten Symptomen. Von den Pat. mit Bulbärsymptomen starben sehr viele; fast alle Gestorbenen gehörten zu dieser Klasse; bei 90% derselben kam es schnell zu Respirationsstörungen und meistens auch zum Tode binnen 3 Tagen, bisweilen sogar schon nach einigen Stunden. Über 80% der Erkrankungen betrafen das 2. bis 10. Lebensjahr, der jüngste Pat. war 4 Monate, der älteste 67 Jahre alt.

In zahlreichen Fällen kommt es sicher zur Heilung, etwa 25% aber bleiben dauernd gelähmt. Genauere Zahlenangaben kann Verf. indes nicht mitteilen.

Die Krankheit ist sicher ansteckend; die davon Befallenen müssen ebenso isoliert werden wie Infektionskranke. W. v. Brunn (Rostock).

---

40) Hermann Küttner. Die Foerster'sche Operation bei Little'scher Krankheit und verwandten spastischen Zuständen. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die Foerster'sche Operation, die Durchtrennung und Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln bei schweren spastischen Muskelkontrakturen, also in erster Linie bei der Paraplegia spastica congenita (Little'sche Krankheit), bezweckt die Unterbrechung des — bei Aufhebung der von der Großhirnrinde kommende Hemmungsimpulse — nur schädlichen Reflexbogens. Da jede Hautstelle von mindestens drei benachbarten Wurzeln sensibel versorgt wird, und erst die Resektion von allen drei Wurzeln zu einer Sensibilitätsstörung führen würde, so läßt sich diese und damit auch Ataxie ganz vermeiden, wenn man nach Foerster's Vorschlag nur höchstens zwei benachbarte sensible Wurzeln reseziert. Für schwere spastische Paraplegien der Beine hat sich die Resektion der II., III., V. Lendenwurzel und der II. Sakralwurzel am besten bewährt. Der Nutzen, der aus der

Durchschneidung dieser vier Wurzeln erwächst, besteht 1) vor allem darin, daß die spastischen Kontrakturen vermindert oder aufgehoben werden, 2) wird dadurch die vorher so störende Lebhaftigkeit des Abwehrbeugereflexes der Beine beseitigt, 3) werden die unwillkürlichen Mitbewegungen beseitigt.

K. teilt nun aus der Breslauer Klinik nicht weniger als 10 Fälle mit, in denen von ihm die Foerster'sche Operation ausgeführt wurde. In 9 Fällen von Little-scher Krankheit wurde an der typischen Stelle laminektomiert und reseziert; 1 Fall betraf spastische Zustände einer oberen Extremität.

Die zehn Krankengeschichten werden ausführlich mitgeteilt und durch 62 Textabbildungen erläutert, die den Zustand vor und nach der Operation darstellen, so daß dem Leser ein objektives Urteil über den operativen Erfolg möglich ist. Sämtliche zehn Pat. haben den Eingriff gut überstanden. Die Gefahr des Eingriffes ist also gering und darf nicht gegen die Wurzelresektion ins Feld geführt werden.

Verf. schildert dann die von ihm angewandte Technik, aus der ich nur hervorheben will, daß K. stets zweizeitig operiert und die Wirbelbogen endgültig reseziert. Zum Schluß bespricht K. die Nachbehandlung der operierten Kinder, die sich über Jahre erstreckt und ebenso wichtig ist wie die Operation selbst. Sie erstreckt sich im wesentlichen auf das Anlegen von abnehmbaren Gipshülsen, auf eine konsequente Übungstherapie mit aktiven und passiven Bewegungen, sowie eventuell auf nachträgliche kleinere Operationen zur Beseitigung etwa vorhandener Schrumpfungskontrakturen einzelner Muskeln. Nach der Überzeugung des Verf.s steht die Förster'sche Operation für die Behandlung der schwersten Fälle von Little'scher Krankheit unerreicht da, zumal sie neben der körperlichen Entwicklung auch einen wunderbaren Einfluß auf die Psyche der Kinder zur Folge hat. H. Kolaczek (Tübingen).

---

41) Froelich (Nancy). Les côtes cervicales. Complications: apophysite cervicale latérale. (Arch. génér. de chir. VI. 11. 1910.)

Auf Grund von fünf selbst beobachteten Fällen weist Verf. darauf hin, daß sich die Halsrippen häufiger finden, als bisher angenommen wurde, und daß diese als Atavismus zu betrachtende Erscheinung oft zu Störungen Anlaß gibt. Diese bestehen entweder in Gestaltdeformationen oder in funktionellen Störungen durch Gefäß- oder Nervenkompression.

Die Gestaltdeformationen betreffen bei doppelseitigen Halsrippen die Form des Halses (gedrungener oder sehr langer Hals), bei einseitigen Halsrippen die Stellung des Halses oder der Wirbelsäule (Torticollis, Cervico-Dorsalskoliose), die nicht in allen Fällen selbst Deformationen zeigt, wie dies Drehmann annimmt.

Die funktionellen Störungen sind bedingt durch die Kompression des Plexus brachialis (neuralgische Schmerzen im Bereiche der Schulter und des Armes, Schwere des Armes, Verminderung des Tastgefühls in den Fingern, Muskelatrophie) oder der Subclavia (Verminderung des Pulses, die bis zur Aufhebung gehen kann, Aneurysmen, Ödem infolge Venenkompression).

In seltenen Fällen fand sich Heiserkeit (Druck auf den Recurrens) oder Schreibkrampf bzw. Tuberkulose der der Halsrippe entsprechenden Lungenspitze. In zwei Fällen des Verf.s machten die Halsrippen keinerlei besondere Beschwerden; dagegen bestand Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit im Bereiche des Processus transversus der unteren Halswirbel. F. führt diese Beschwerden auf eine entzündliche Wachstumsstörung zurück.

Therapeutisch kommt bei stärkeren Beschwerden von seiten der Halsrippen die Totalresektion nach Kammerer oder Vedova in Betracht.

M. Strauss (Nürnberg).

---

42) K. Ewald. Die Krankheiten des Halses. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 35 u. 36.)

43) K. Ewald. Die Verletzungen und Krankheiten der Speiseröhre. (Ibid. Nr. 37 u. 38.)

Verf. hat seine chirurgischen Beobachtungen und Erfahrungen von 1902—1908 in einer Reihe von Aufsätzen niedergelegt, die an verschiedener Stelle erscheinen (cf. Zentralblatt 1910, p. 1062).

Aus seinen Erfahrungen seien folgende kurz angeführt:

Der Schiefhals wurde nach der Methode von Föderl operiert; keine Nachbehandlung. Resultate sehr gut. Wenn im Muskel noch eine schmerzhafte Schwellung vorhanden, der zur Schwiele führende Entzündungsprozeß also noch nicht abgelaufen ist, soll noch nicht operiert werden.

Tuberkulöse Lymphome operiert E. nur, wenn sie schon jahrelang unverändert blieben, isoliert und nicht erweicht sind. So lange die Drüsen noch in Zunahme begriffen sind, werden die Kranken nur allgemein behandelt.

Von 96 Strumektomien hat E. 65 ausschließlich unter Lokalanästhesie (0,5% Kokain) ausgeführt, ist aber mit dieser Methode im ganzen wenig zufrieden. Auch die als Hauptvorteil angeführte Möglichkeit, durch Sprechenlassen des Pat. den Recurrens besser vermeiden zu können, erscheint ihm sehr fraglich, da der Pat. oft gerade im entscheidenden Moment nicht spricht, oder Täuschungen vorkommen. Einzelne Knoten und Cysten wurden, wenn irgend möglich, intrakapsular enukleiert und zum Aufsuchen derselben, wenn sie nicht von vornherein deutlich erkennbar waren, das Parenchym an ihrem vermutlichen Sitz ungeniert eingeschnitten, wobei stärkere Blutung kaum zu fürchten ist. Sowohl Knoten wie Cysten wurden zwecks leichterer Entfernung meist verkleinert, bzw. eröffnet; so kam man mit kleineren Schnitten aus. Bei diffusen, ganz gleichmäßigen Formen wurde der Mittellappen durchtrennt, dann aus den Seitenlappen Stücke exzidiert. Exstirpation wurde wegen häufiger Schädigung des Recurrens möglichst selten ausgeführt. Die Blutung war oft eine recht große, die Heilung erfolgte selten bis zur Entlassung in der 2. Woche, in der Regel innerhalb 3 Wochen. Diesen Unterschied gegen die Resultate Kocher's und anderer kann sich E. nicht erklären, es liegt aber wohl nahe, daß die bei seiner Methode gesetzten größeren Parenchymwunden und die (dadurch veranlaßte) lange Drainage (Jodoformgaze, meist erst nach 10 Tagen entfernt) Schuld haben. Von der Anästhesie ist noch nachzutragen, daß Verf. mit ihr zufrieden ist, seit er vorher Skopolamin-Morphium gibt. Drei Todesfälle werden ausführlich besprochen, dann auch die kosmetischen und funktionellen Resultate.

Die Indikation zur Strumektomie bei Basedow stellt E. sehr streng, hat daher nur 7 mit 1 Todesfall operiert und enthält sich wegen der geringen Zahl eines Urteils über die Erfolge.

Bei 7 Strumitiden wurde 6mal operiert.

Bei Neubildungen der Schilddrüse, soweit sie nicht radikal zu operieren sind, unterläßt E. möglichst auch die Tracheotomie und sucht die Kranken durch Morphium über die Anfälle wegzubringen.

Bei den Fremdkörpern der Speiseröhre sind 2 Fälle bemerkenswert. In dem einen konnte ein Gebiß durch Ösophagoskopie auch von einer Ösophagotomiewunde aus nicht entfernt werden; da es durch die verschiedenen Manipulationen immer tiefer gebracht worden war, wurde schließlich Gastrotomie nötig, durch die dann das Gebiß leicht aus der Cardia extrahiert wurde. Im anderen Falle verfing sich der Münzenfänger an einer Münze, so daß auch hier ösophagotomiert werden mußte.

Bei 23 Laugenverätzungen, durchweg schweren Fällen, wurde 14mal gastrostomiert, dabei aber von komplizierten Methoden abgesehen, dagegen meist zur besseren Verklebung der Serosa Jodtinktur angewendet. Die Bauchdeckenwunde wurde nicht verschlossen, um Stauung ausfließender Nahrung zu vermeiden. Bei der Bougierung spricht sich E. mit Recht gegen zu frühzeitigen Beginn aus, bei leichteren Fällen nicht vor 4 bis 5, bei schwereren nicht vor 8 bis 12 Wochen. Von allen komplizierteren Methoden, Schrotkorn, Sondierung ohne Ende, Quecksilbersonden, Sondierung durch das Ösophagoskop, retrograde Bougierung, ist er ganz abgekommen. Nicht alle Fälle sind durch Bougieren zu heilen. Fibrolysin, allerdings entgegen dem Rat anderer nur in Verbindung mit Sondierung angewendet, brachte keine überzeugenden Erfolge. 4 völlige Atresien wurden beobachtet. Eine Striktur in der Höhe des Ringknorpels, allerdings nur 0,5 cm lang, konnte nach früherer Gastrostomie und Ösophagostomie durch Resektion ganz geheilt werden. Bei einer völligen Atresie führte der auf dringenden Wunsch ausgeführte Versuch einer gewaltsamen Perforation der Narbe von Magen und Ösophagus aus selbstverständlich zu falschen Wegen und Tod. Bei der Bougierung beschränkt sich E. in schwierigen Fällen lediglich auf geduldige Versuche mit Darmsaiten.

Bei der Behandlung des Speiseröhrenkrebses ist er von der Nutzlosigkeit der Sonde überzeugt. Renner (Breslau).

---

44) **Lerche.** A contribution to the surgery of the oesophagus. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

L. hat ein Instrumentarium konstruiert, mit dem er auf ösophagoskopischem Wege Strikturen der Speiseröhre unter Kontrolle des Auges inzidiert und dilatiert. In fünf Fällen gelang es ihm so, die Pat., von denen vier bereits zur Gastrostomie bestimmt waren, zu heilen; darunter befand sich ein 50 Jahre alter Herr mit drei Strikturen, die eine nach der anderen aufgesucht, mehrfach eingekerbt und dilatiert wurden, bis der Tubus hindurchging und bis man nun an die nächste Striktur herankommen konnte. Die übrigen Pat. waren 3 und 5 Jahre, zweimal je 18 Monate alt. Kein Mißerfolg. Zahlreiche instruktive Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

45) **Rieke.** Über ein ausgedehntes Medullarsarkom des Ösophagus. (Virchow's Archiv Bd. CXCVIII. p. 526.)

Bei einem 46jährigen Mann, der an einer Bronchopneumonie gestorben war, fand sich eine die Wand der Speiseröhre zirkulär in einer Länge von ca. 14 cm einnehmende Geschwulst, die aus schwächer oder stärker hervortretenden Buckeln oder Knollen bestand und auf dem Durchschnitt eine gleichmäßige gelbweiße Farbe zeigte. Nur am untersten Teil der Neubildung sah man eine etwa talergroße, oberflächliche, nicht jauchende Nekrose. Histologisch lag ein großzelliges Spindelzellensarkom vor, in dem das fibröse Stroma überall sehr deutlich gegenüber den

Zellen zurücktrat. Klinisch hatte die Geschwulst keinerlei Symptome von Stenose gemacht. Verf. bespricht des weiteren die Möglichkeit und die Grenzen einer Differentialdiagnose zwischen Sarkom und Karzinom der Speiseröhre in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht. Den Schluß der Arbeit bildet eine tabellarische Zusammenstellung der in der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Speiseröhrensarkom. Doering (Göttingen).

46) **K. Fritsch. Die doppelseitige gleichzeitige intrathorakale Vagotomie unter Druckdifferenz.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die Resektion am Brustteil der Speiseröhre ist ein zurzeit viel erörtertes Problem. Da bei einem Speisröhrenkrebs eine Schonung des Nervi vagi nur in seltenen Fällen möglich sein würde, hat Verf. in der Küttner'schen Klinik die Technik und Folgen der Vagusdurchtrennung bzw. -resektion im Tierversuch geprüft. 16 Hunde wurden operiert; die Versuchsprotokolle werden am Schluß der Arbeit in gekürzter Form mitgeteilt. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt F. in folgenden Sätzen zusammen:

1) Die doppelseitige gleichzeitige intrathorakale Vagotomie unter Druckdifferenz bei Hunden führt nicht zum plötzlichen Tod, 2) hat eine starke Gastrektasie zur Folge, 3) hat bei Schonung der Recurrens keine Pneumonie zur Folge. 4) Die Versuche bestätigen den Satz: Es gibt inspiratorisch wirksame Fasern im Vagus, die aber erst durch starke Exspirationsstellung in Tätigkeit gesetzt werden. 5) Der Umstand, daß bei einer Ösophagusresektion am Menschen eventbeide Vagi auf ein Stück reseziert werden müssen, bedeutet keine unbedingte Gegenindikation gegen diese Operation. H. Kolaczek (Tübingen).

47) **M. Fasano. Tiroide-esofago-laringectomia.** (Policlinico, sez. prat. XVII. 51. 1910.)

Bei einem 58jährigen Manne, der infolge eines diffundierenden Kehlkopfkarzinoms dem Hungertode nahe war, gelang es, von einem hufeisenförmigen (Basis am Unterkiefer) Hautschnitt aus den Kehlkopf mit der infiltrierten Schilddrüse und der erkrankten Speiseröhre zu exstirpieren. Der Speiseröhrendefekt (über 4 cm) konnte durch Verziehen der Speiseröhre hinten und seitlich durch Naht geschlossen werden. Die vordere Wand wurde durch die Stümpfe der Mm. sternohyoidei gebildet.

Die Naht hielt und ermöglichte bald künstliche Ernährung. Pat. starb 6 Tage nach der Operation im Kollaps. Die Rachen-Speiseröhrennaht war gut verklebt. M. Strauss (Nürnberg).

48) **Karl Spannaus. Die Riedel'sche Struma.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Verf. schlägt diesen Namen vor für die von Riedel im Jahre 1896 zuerst beschriebene »eisenharte« Strumitis: es ist das eine chronisch oder subakut verlaufende Entzündung mit Bildung von reichlichem Narbengewebe; Ätiologie völlig unklar. — Verf. teilt zu den 10 oder 11 bekannten derartigen Fällen einen weiteren aus der Küttner'schen Klinik mit: Die bei dem 32jährigen Manne vorgenommene Operation, Resektion und Enukleation einer Cyste, hatte, wie eine nach 2 Monaten angestellte Nachuntersuchung zeigte, vollen Erfolg.

Die anschließende klinische und pathologisch-anatomische Besprechung des Krankheitsbildes bringt gegenüber der letzten Arbeit über dies Thema von Silatschek (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVII. p. 590, Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1910, Nr. 27, p. 917) kaum etwas Neues.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

49) G. Weinland (Weissenau). Über Häufigkeit und Wachstum der Kröpfe bei den weiblichen Pfleglingen der Heilanstalt Weissenau. (Med. Korr.-Blatt des württembergischen ärztl. Landesvereins Bd. LXXX. Nr. 52. 1910.)

Die auffallende Häufigkeit der Kröpfe, insbesondere auch sehr großer Kröpfe, in obengenannter Anstalt führte zu statistischen Erhebungen, aus welchen hervorging, daß bei 31% der Kranken, die ohne Kropf eintraten, sich später zum Teil sehr erhebliche Kröpfe fanden. Diejenigen, welche schon einen kleinen oder mittleren Kropf mitbrachten, bekamen mit viel mehr Wahrscheinlichkeit während des Anstaltsaufenthalts einen großen Kropf, als die, welche ohne Kropf eintraten. Mit der längeren Dauer des Anstaltsaufenthalts wuchs die Zahl der großen Kröpfe, die Disposition zu solchen nahm also zu. Den Grund dieses endemischen Vorkommens von Kropf in der Anstalt sieht Verf. in der Trinkwasserversorgung derselben durch kropferzeugende Quellen.

Mohr (Bielefeld).

---

50) Lange. Zentrales Epithelkörperchen beim Menschen. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Über Epithelkörperchen bei Basedowkröpfen ist noch wenig bekannt. L. fand in einem einschlägigen vor 2 Jahren operierten Fall im oberen hinteren Lappen ein zentrales Epithelkörperchen, 1 cm von der Oberfläche im Schilddrüsengewebe, 1 mm im Durchmesser, braungelb. Mikroskopisch große polygonale Zellen mit Kern, in dem ein oder zwei Kernkörperchen. Zwischen den Zellen Hohlräume mit Kolloid. Auffallend war der völlige Mangel an Blutgefäßen, die sonst immer zahlreich im Epithelkörperchen gefunden werden, sowie das Fehlen jeglichen bindegewebigen Stromas.

Deetz (Arolsen).

---

51) S. Gussio (Roma). Contributo alla casistica e sintomatologia dei tumori paratiroidei. (Policlinico, sez. chir. XVII. 11 u. 12. 1910.)

Nach einer gedrängten Übersicht über die bisherigen Forschungen über Anatomie und Physiologie der Epithelkörperchen betont Verf., daß die Pathologie dieser Organe noch wenig bekannt sei. Einzelne klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen haben die experimentellen Ergebnisse über die Parathyreoidinsuffizienz wohl bestätigt. Es fehlt jedoch eine reiche Kasuistik über die Erkrankungen der Nebenschilddrüschen, von denen, abgesehen von den Bindegewebsgeschwülsten, nur das typische Adenom und das Glykogenzellenadenom bekannt wurden.

Verf. führt 29 Fälle von solchen epithelialen Geschwülsten kurz an und berichtet dann ausführlich über einen selbst beobachteten Fall, der eine 30jährige Frau mit einer an der rechten Halsseite sitzenden mandarinengroßen Geschwulst betraf. Die histologische Untersuchung ergab ein typisches Adenom mit klaren, glykogengefüllten Zellen und spärlicher Kolloidsubstanz. Die gleichzeitig nachgewiesenen degenerativen Prozesse und sonstige anatomische Einzelheiten führten zu einer neuen mechanisch-biologischen Auffassung über die Genese dieser und

analoger regressiver Veränderungen, die sich sonst nur bei bösartigen Geschwülsten finden. Die Hypothese des Verf.s nimmt an, daß diese degenerativen Prozesse dadurch bedingt sind, daß die im Zentrum sitzenden Zellmassen durch Kompression und Unterdrückung ihrer Aktivität regressive Veränderungen eingehen, während die peripher gelegenen Zellen proliferieren können, solange ihre ausreichende Ernährung sichergestellt ist.

Weiterhin führt Verf. den Nachweis, daß auch weit differenziertes Gewebe, wie das der Parathyreoidea, bösartige Neubildungen zeigen kann, und daß die Anschauung Paoli's nicht zu Recht besteht, indem die Neigung zu bösartiger Umwandlung in keiner Abhängigkeit von der Differenzierung des Gewebes steht.

Klinisch bietet der angeführte Fall insofern besonderes Interesse, als er analog einem von Kocher erwähnten Fall auf einen Zusammenhang zwischen Puerperium und Entstehung der Geschwulst hinweist, indem diese 2 Monate nach der letzten Entbindung entstand.

Für die Symptomatologie und Diagnostik der Parathyreoidgeschwülste kommt die Bradykardie in Frage, die sich auch experimentell erzeugen ließ und als Anzeichen eines Hyperparathyreoidismus betrachtet werden muß.

Verf. nimmt auch auf Grund seiner Experimente mit der intraperitonealen Injektion von Parathyreoidin (Vassale) an, daß das Parathyreoidin den Blutdruck herabsetzt, wie es auch nach den Versuchen von Parhon und Goldstein myasthenisch wirkt.

200 Literaturangaben. M. Strauss (Nürnberg).

---

52) E. W. Hey Groves and C. Joll. Thyroid grafting and surgical treatment of exophtalmic goitre. (Brit. med. journ. 1910. Dez. 24.)

Bei einer 19jährigen Kranken mit schwerem Basedow wurde der rechte Lappen nebst dem Isthmus entfernt mit schnell vorübergehendem Erfolg. Nach Resektion auch des linken Lappens unter Zurücklassung kleiner Teile an den beiden Polen entwickelte sich eine 4 Tage andauernde gefährliche Tetanie ohne wesentliche Besserung der Basedowzeichen. Ein halbes Jahr später war ein Mischbild von Myxödem und Basedow entstanden. Es wurde nun ein 2 : 1 : 1 cm großes Stück einer fremden Schilddrüse unter den Kopfnicker verpflanzt, mit dem Erfolg, daß zunächst auffallenderweise wiederum ein Tetaniebild auftrat, dessen hysterischer Charakter aber durch die erfolgreiche psychische Behandlung erwiesen wurde. Dann setzte eine anhaltende Besserung aller Symptome, auch der Basedowsymptome, ein. Die Verff. benutzen den Fall, um eine Übersicht zu geben über die bisher bekannt gewordenen Schilddrüsenüberpflanzungen.

Weber (Dresden).

---

53) Gebele. Über die Thymuspersistenz beim Morbus Basedowii. (Klinisch-experimentelle Studie.) (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Die Arbeit stammt aus der Angerer'schen Klinik in München. Von den innerhalb 10 Jahren operierten 36 Basedowkropfpatienten starben 7. Von 5 auch autoptisch kontrollierten Fällen fand sich in 4 Fällen eine »Thymuspersistenz«; die genauen Sektionsberichte werden mitgeteilt. Auch nach den Literaturangaben, besonders von Capelle, fand sich in 80—90% von an Basedow'scher Krankheit gestorbenen Pat. eine Thymuspersistenz oder -hyperplasie. Da der Status thymicus heute zumeist — wie Verf. zeigt, mit Unrecht — als Todesursache der

Basedowkranken angesehen wird, bespricht Verf. die verschiedenen Erklärungen des Thymustodes, die mechanische Theorie von Grawitz, die Theorie des Status lymphaticus von Paltauf, die Theorie der thymogenen Autointoxikation von Svehla. Verf. bespricht dann die Anatomie der Thymus und kommt zu folgenden Schlüssen: Das normale Gewicht der Thymusdrüse ist sehr wechselnd, ihre Größe wird aber in der Regel unterschätzt. Ihre Rückbildung setzt nicht gleichmäßig ein; ihre Funktion ist in der Periode der Altersinvolution nicht abgeschlossen, sondern geht, wenn auch weniger lebhaft, fort. Der Begriff der »Thymuspersistenz« ist deshalb willkürlich; man kann nur von einem erhöhten Thymusgewicht reden. —

Zur Entscheidung der Frage, ob die Erhöhung des Thymusgewichts mit der Basedowkrankheit in Zusammenhang steht, hat Verf. an 49 Hunden und 4 Katzen Tierversuche ausgeführt, deren Einzelheiten und Ergebnisse er in tabellarischer Form mitteilt. Und zwar handelte es sich um Fütterungsversuche, Organimplantationen und -exstirpationen, die Verf. mit beiden Organen, Schild- und Thymusdrüse, vornahm. Am interessantesten sind die Versuche, die eine Einpflanzung der Thymus mit sekundärer Exstirpation der ganzen Schilddrüse kombinierten. Ein so behandelter Hund blieb am Leben, frisch und munter und entwickelte sich gut; Verf. schließt daraus, daß die vermehrte Thymussubstanz die Schilddrüse ganz ersetzte. Und weiter hält er die Annahme für berechtigt, daß die vermehrte Thymussubstanz auch für die krankhaft veränderte Schilddrüse, also den Basedowkropf, einzutreten vermag. Die Vergrößerung der Thymus bei Morbus Basedowii ist also ein natürlicher kompensatorischer Regulierungsvorgang; sie ist um so größer, je schwerer der Basedow ist. Ferner schließt Verf.: Der plötzliche Tod der Basedowkranken mit Thymushypertrophie ist kein Thymus-, sondern ein Herztod, der infolge Kompensationsstörung, d. i. infolge überhandnehmender Vergiftung durch das Schilddrüsensekret eintritt. Trotzdem hat eine klinisch — durch Betastung, Perkussion oder Röntgenbild — deutlich nachgewiesene Thymushypertrophie insofern auch praktische Bedeutung, als sie darauf hinweist, daß es sich hier um einen vorgeschrittenen Fall, ein Spätstadium von Basedow handelt, dessen operative Aussichten gleich Null sind.

Ausführliche Literaturübersicht, Textbilder, eine Tafel.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

54) Jacobson. The technique of the operation of „pole-ligation“ for Basedow's disease. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

Verf. will mit seiner Publikation erneut die Aufmerksamkeit auf die Vorzüge richten, welche die Abbindung der beiden oberen Pole der Schilddrüse bei Morbus Basedow vor anderen Operationsmethoden haben, insbesondere auch vor dem Verfahren der Unterbindung der Schilddrüsengefäße. Es werde dadurch der Zufluß arteriellen Blutes zur Drüse vermindert und deren teilweise Atrophie herbeigeführt; diese Operation sei technisch viel einfacher als die Gefäßunterbindung, man gefährde nicht die Glandulae parathyreoideae und den N. recurrens, man habe ferner damit ein vorzügliches Verfahren einer Voroperation vor Ausführung der teilweisen Exstirpation der Drüse. — Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

55) **T. Silvestri (Modena). Castrazione e tiroparatiroidectomia.** (Policlinico, sez. prat. XVII. 50. 1910.)

Experimente an männlichen und weiblichen Hunden, Katzen und Kaninchen ergaben, daß die Tiere beiderlei Geschlechts nach vorausgegangener Kastration ebenso wie nicht kastrierte Tiere infolge der Exstirpation von Schilddrüse und Parathyreoidea bald zugrunde gingen, sofern es sich um ganz junge Tiere oder erwachsene männliche Tiere handelte. Dagegen konnten weibliche Tiere während der ganzen Periode sexueller Aktivität ohne irgendwelchen Nachteil der Thyreoidea und Parathyreoidea beraubt werden, wenn die Kastration vorausgegangen war.

M. Strauss (Nürnberg).

---

56) **Winslow. Partial thyreoidectomy in dementia praecox.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 14. 1910.)

W. ist der Ansicht, daß die Katatonie und Dementia praecox etwas mit der Schilddrüse zu tun haben; er hat in fünf Fällen in frühen Stadien der Krankheit im Universitätskrankenhause zu Baltimore eine teilweise Thyreoidektomie ausgeführt. Ein Operierter starb unter den Symptomen der Schilddrüsenintoxikation, zwei Operierte wurden für lange Zeit erheblich gebessert, doch ohne dauernden Erfolg, ein weiterer Pat. wurde erheblich gebessert, ist später aber aus der Beobachtung entschwunden; der fünfte Fall blieb unverändert.

W. v. Brunn (Rostock).

---

57) **T. della Vedova. Intorno alla cura radicale ed alla diagnosi precoce del cancro laringeo.** (Policlinico, sez. chir. XVII. 12. 1910.)

Ein Vergleich der verschiedenen chirurgischen Methoden zur Therapie des Kehlkopfkarzinoms ergibt, daß die Laryngotomie die besten Resultate quoad Operationsmortalität und Radikalheilung gibt. Freilich läßt sich diese Methode nur bei beginnenden Kehlkopfkarzinomen mit Erfolg verwenden, so daß nach Möglichkeit frühzeitig die Diagnose gestellt werden soll.

Eine Übersicht über die Symptomatologie des Kehlkopfkrebses ergibt eine Reihe von Merkmalen, die auch ohne Laryngoskopie die Wahrscheinlichkeitsdiagnose schon im Frühstadium nahelegen. Hier erwähnt Verf. die Veränderung der Stimme, die bei Erkrankung der Stimmbänder oder der Morgagni'schen Ventrikel heiser wird, während die Erkrankung der falschen Stimmbänder den Timbre der Stimme ändert. Weiterhin kommen Stickhusten mit stechenden, gegen das Ohrläppchen ausstrahlenden Schmerzen, sowie blutig gestreifter Auswurf, leichte Dyspnoe und Laryngospasmus für die Frühdiagnose in Betracht.

M. Strauss (Nürnberg).

---

58) **W. J. Vojaczek. Quere Membran (Diaphragma) in der Luftröhre, endoskopisch behandelt.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 51.)

16jähriges Mädchen mit Ozaena und Stenose der Luftröhre. Letztere sitzt 20—22 cm von den oberen Zähnen und hat eine Lichtung von bloß 2—3 mm. Nach anfänglicher Elektrolyse wurde in mehreren Sitzungen mit der Brünings-schen Doppelcurette die Membran entfernt. Jedesmal nach der Tracheoskopie Reizerscheinungen von seiten der Luftwege. Schließlich gelang es die Membran zu beseitigen, worauf die Dyspnoe — im Ruhezustand wenigstens — schwand. — Zwei Zeichnungen zeigen den Zustand vor und nach der Behandlung.

Gückel (Kirssanow).

---

59) Quinby. Surgery of the thorax. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

Die Tierversuche des Verf.s hatten durchweg das Ergebnis, daß die Methode der intratrachealen Insufflation nach Meltzer und Auer vorzüglich geeignet ist, die sonst bekannten Methoden zur Vermeidung des Pneumothorax zu ersetzen. Der Preis des Instrumentariums und seine leichte Transportierbarkeit gestatten es jedem Chirurgen, überall Lungenchirurgie zu treiben.

W. v. Brunn (Rostock).

---

60) Leonard. Rapid stereoroentgenography of the thorax and abdomen. (Arch. of the Roentgen ray Nr. 125.)

Mit modernen Apparaten und Anwendung von Verstärkungsschirmen kann man stereoskopische Aufnahmen in $^1/_2$ Sekunde und weniger machen. Namentlich Lungenaufnahmen bieten den Vorteil, daß Herde, bronchiale und Hilusdrüsen, Narbenschrumpfungen auf dem stereoskopischen Bilde deutlich werden, während sie auf der einfachen Platte überhaupt nicht sichtbar waren. Die Lage der mit Wismutmahlzeit gefüllten Unterleibsorgane, die Beziehung zur Nachbarschaft, Verlagerung durch Geschwülste kann nur auf stereoskopischen Wege sichtbar gemacht werden. Trapp (Riesenburg).

---

61) Hermann Drews. Die akute Osteomyelitis des Brustbeines. Inaug.-Diss., Parchim, 1910.

Der Beschreibung eines Falles aus der Rostocker chirurgischen Klinik läßt D. eine Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Fälle von Osteomyelitis des Brustbeins folgen. Es sind dies im ganzen einschließlich des eigenen Falles 13. Auf die große Seltenheit der Erkrankung des Brustbeins im Verhältnis zu dem so häufigen Auftreten der Osteomyelitis überhaupt wird hingewiesen. Es ergibt sich aus früheren Statistiken eine Beteiligung des Brustbeins nur in $^1/_3$% der Fälle. In der überwiegenden Mehrzahl ist der Krankheitsprozeß im Corpus sterni lokalisiert. Die Hauptgefahr liegt in dem Auftreten von ernsten Komplikationen durch Pleura- und Perikardmiterkrankung, wodurch auch die hohe Sterblichkeit von fast 50% zu erklären ist. Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

62) W. W. Lawrow. Zur Lehre von der Diagnose der Stichschnittwunden des Brustkastens (2 Fälle von Herzwunden). (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Zwei Fälle mit undeutlichen Symptomen: 1) Einstich an der II. Rippe links, 2 Finger nach innen von der Mammillarlinie. Zustand gut, kein Herzklopfen, keine Atemnot. Erweiterung der Wunde, die zwischen der IV. und V. Rippe in den Brustraum dringt; 1 cm lange thrombosierte Wunde am linken Ventrikel in der Nähe der Spitze. Zwei Nähte aufs Herz, Naht der Pleura. Sorgsame Heilung nach einigen Monaten. — 2) Stichwunde rechts neben dem Brustbein in Höhe der V. Rippe. Blutung, Pleuraerguß. Erweiterung der Wunde der Brustwand, des Perikards. Am rechten Vorhof hinter dem Herzohr etwas unter der Einmündungsstelle der oberen Hohlvene eine 0,5 cm lange Wunde. Vier Nähte aufs Herz, acht aufs Perikard. Naht der Pleura. Nach der Operation schwerer Zustand, Atemnot, Tod nach 17$^1/_2$ Stunden. — Im Obuchowhospital wird bei Brustwunden grundsätzlich die Wunde erweitert. Im ganzen wurden 1905—1910 15 Pat. mit Herzwunden operativ behandelt, davon starben 5.

Gückel (Kirssanow).

---

63) G. N. Pitt. The gradshaw lecture on the results of bronchial obstruction. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 10.)

Ausführliche Abhandlung über die Wirkungen von Verengerungen der Bronchien von innen und außen auf das Lungengewebe auf Grund von 178 Fällen aus Guy's Hospital in London. Es befinden sich darunter 35 Aortenaneurysmen, 64 bösartige Geschwülste, 12 verkäste Bronchialdrüsen, 7 luetische Vorgänge, 8 Fremdkörper. Die letzteren Fälle stammen alle aus der Zeit vor Anwendung des Bronchoskops und geben durch ihren meist ungünstigen, mindestens sehr langwierigen Verlauf einen lehrreichen Beweis für die große Bedeutung moderner Untersuchungsmethoden. Weber (Dresden).

---

64) Eden Rudolf. Versuche zur Lungenkollapstherapie durch Thorakoplastik. (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose u. spezifischen Tuberkuloseforschung Bd. XIV. Hft. 4.)

Die an zahlreichen Hunden gemachten Untersuchungen ergaben, daß ohne Inangriffnahme des oberen starren Thoraxringes thorakoplastische Operationen nicht imstande sind, einen genügenden Lungenkollaps herbeizuführen. Eine ernste Komplikation des operativen Eingriffes bei ausgedehnter Plastik ist die Verletzung der Pleura, einmal wegen der großen Infektionsgelegenheit, dann wegen der Entstehung eines offenen Pneumothorax. Auch ohne Pleuraverletzung war die Gefahr der Infektion groß. Sämtliche Tiere, bei denen eine ausgedehnte Plastik vorgenommen wurde und die Pleura riß, starben innerhalb 36 Stunden. Es gelang nicht, durch Druckdifferenz alle in den Pleuraraum eingedrungene Luft wieder herauszubringen. Es blieb immer ein geringer, wenn auch durch die Operation geschlossener Pneumothorax zurück, der bei erhaltener Starre der Thoraxdecke dem Tiere ungefährlich ist, bei breiter einseitiger Brustwandresektion aber eine wesentliche Behinderung normaler Respiration durch Mediastinalverschiebung bedingt. Die Hauptschuld an dem Exitus der operierten Tiere aber trifft das durch den fehlenden Halt hervorgerufene »Flattern der Brustwand«. Die Brustwand wird bei jeder Inspiration weit eingezogen und bei jeder Exspiration ausgebuchtet. Da sich nun das Mediastinum infolge seiner leichten Verschieblichkeit analog der Brustwand bewegt, wird der Gasaustausch äußerst beschränkt. Die flatternden Bewegungen der kranken Seite waren bei zwei Tieren durch einen besonderen Gummizugverband auszuschalten.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

65) N. N. Ssyrenski. Zur Kasuistik des primären Lungenkrebses. (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 50.)

Zwei Fälle. 1) 54jährige Frau, seit 3 Monaten stärkste Schmerzen in den Nacken- und Halsmuskeln, besonders nachts, beim Wenden des Kopfes; Beugen schmerzlos. Man dachte an gummöse Syphilis und Affektion des Atlas. Spezifische Kur ohne Erfolg. Es gesellte sich linkseitige seröse Pleuritis hinzu. Da auch Wassermann negativ ausfiel, und nächtliche Schweiße auftraten, so wurde Tuberkulose angenommen. 7 Monate nach der Erkrankung Tod. Sektion: Adenokarzinom, entstanden aus den Schleimdrüsen der Bronchien in der linken Lunge, Metastasen im Atlas, Leber, Mesenterium, Dünndarm.

Im zweiten Falle wurde der Krebs zufällig bei der Sektion eines an Lungentuberkulose verstorbenen Mannes gefunden. Im rechten Unterlappen saß neben einem Bronchus ein walnußgroßes Zylinderzellenkarzinom; keine Metastase.

Gückel (Kirssanow).

---

66) Calvert. A possible differential sign between cardiac dilatation and pericarditis with effusion. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 9. 1910.)

Auf Grund einiger auch auf dem Sektionstisch genau untersuchter Fälle bezeichnet C. als wichtiges differentialdiagnostisches Kennzeichen das, daß bei Ergüssen des Herzbeutels die Leber verhältnismäßig tief herabgedrängt, der untere Lungenrand aber nicht nennenswert hochgedrängt ist, so daß die Zone der relativen Lungen-Leberdämpfung sehr schmal, bisweilen ganz verschwunden ist; ist sie vorhanden, so befindet sie sich etwa in Höhe der VI. Rippe; bei Herzdilatation ist die Zone der relativen Lungen-Leberdämpfung ebenfalls verschmälert, aber sie befindet sich etwa in der Höhe der IV. Rippe, die Leber steht dann hoch.

Vier Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

67) Salomoni. Contribution à l'étude de la chirurgie du cœur. (Extrait des Arch. méd.-chir. de prov. 1910. Juli.)

Der im Oktober 1908 auf der 21. Vereinigung der italienischen Chirurgen mitgeteilten Statistik von 159 Herznähten mit 59 Heilungen und 100 Todesfällen fügt Verf. jetzt noch weitere 19 aus der Literatur hinzu. Die Gesamtstatistik beträgt demnach heute 178 Fälle mit 69 = 38,7% Heilungen und 109 Todesfällen.

Kurze Besprechung der Symptome und Komplikationen der Herzverletzungen. Der Eingriff ist, wo auch der geringste Verdacht einer Herzverletzung besteht, sofort obligatorisch.

S. schlägt Eröffnung eines einzigen Interkostalraumes (am besten V. oder VI.) und kräftiges Auseinanderziehen desselben vor. Eventuell wird nach Unterbindung der Aa. mammar. int. das Brustbein quer durchtrennt (Sternotomie). Hierdurch soll genügend Zugang geschaffen werden (drei Abbildungen). S. glaubt, daß die Herzchirurgie sich nur auf die Verletzungen des Herzens zu beschränken habe. Goldenberg (Nürnberg).

---

68) C. Backhaus (Braunschweig). Herzerkrankungen im Anschluß an ein Trauma. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 42.)

Die in dem Herzoglichen Krankenhause beobachteten drei Fälle lehren, daß man nach einem Trauma, das eine Erschütterung des ganzen Körpers, besonders der linken Brustseite, verursacht, also einen ungünstigen Einfluß auf das Herz haben könnte, stets auf die Entwicklung eines Herzfehlers bedacht sein, eine Untersuchung des Herzens nach dem Unfall vornehmen und den allmählich auftretenden Beschwerden des Verletzten (Herzschmerzen, Brustbeklemmung, Angstzuständen als Folgen einer Myokarditis und muskulären Insuffizienz) Aufmerksamkeit widmen soll. Eine Verwechslung mit Neurasthenie oder Hysterie wird dann vermieden werden. Kramer (Glogau).

---

69) Proust, Bloch et de Cumont. Presentation d'un volumineux caillot et d'une balle de revolver extraits du péricard à la suite d'un coup du feu. Suture du coeur. Guerison. (Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris 1910. Nr. 6.)

13jähriger Junge. Einschuß nach innen von der Mammilla. Große Blässe, kleiner, unregelmäßiger Puls, intensive Schmerzen in der Herzgegend. Schrittweises operatives Vorgehen. Der V. Rippenknorpel am Sternalrande zertrümmert.

Durchschneidung des IV. und VI. daselbst. Eröffnung des Perikards. Vom Herzen nichts zu sehen. Ein faustgroßes Blutgerinnsel, das in toto entfernt werden kann, liegt vor und unter ihm. Mit dem Blutkuchen kommt auch das Geschoß zum Vorschein. Am linken Herzrande eine spritzende Wunde, welche übernäht wird. Hintere Herzwand unverletzt. Drainage des Herzbeutels. Heilung.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

70) **Fr. Magenau.** **Ein Fall von Herznaht wegen Schußverletzung.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Der Fall stammt aus dem Carl-Olga-Krankenhaus in Stuttgart (Prof. Hofmeister). Durch unvorsichtiges Umgehen mit einem Terzerol hatte sich ein 28jähriger Mann in die Herzgegend geschossen. Die Diagnose wurde auf schwere Blutung in die linke Pleurahöhle gestellt, infolge von Lungen- oder Herzverletzung. Operation etwa 2 Stunden nach der Verletzung: Resektion der IV., V., VI. Rippe. Die Ein- und die Ausschußöffnung, beide in der Wand des linken Ventrikels, wurden durch je drei Zwirnknopfnähte vernäht. Eine exakte Vernähung der Pleura gelang nicht. Am nächsten Tage Verschlechterung. Bei der Wiedereröffnung des Herzbeutels wird ein trübseröses Exsudat entleert. Dabei plötzlicher Tod. Verf. führt ihn zurück auf den Blutverlust und eine Infektion, die durch die Verletzung selbst eingetreten war.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

71) **August Fischer.** **Beiträge zur Kasuistik der Herzchirurgie. Ein Fall von erfolgreicher Herznaht.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXIX. Hft. 3.)

Verf. berichtet aus dem Städt. Krankenhaus zu Darmstadt über vier von ihm im Laufe eines Jahrzehnts beobachtete Fälle von Herzverletzungen. In dem einen Falle hatte die Naht einer perforierenden Stichwunde der rechten Herzkammer 6 Stunden nach der Verletzung vollen Erfolg. In einem anderen Falle konnte eine Stichwunde an der Hinterseite der Herzspitze bei der Operation nicht gefunden werden, sondern erst bei der Obduktion. Ein dritter Fall von Herzstichverletzung schien so leicht, daß der nicht operierte Pat. am 6. Tage das Bett verließ; am 8. Tage ganz plötzlicher Tod, wie die Sektion ergab, infolge »Herztamponade« (1/2 Liter Blut im Herzbeutel!). In einem vierten Falle zeigte sich bei der Operation, daß nur das Perikard und die linke Pleura durch die Stichverletzung betroffen war, das Herz selbst nicht; Heilung.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

72) **Rudolf Göbell.** **Über die Heilungsvorgänge bei Herzwunden und nach Herzwandresektionen.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

G. hat an Tieren Experimente über die Heilung von Herzwunden gemacht. Er hat dies ohne Anwendung des Überdruckverfahrens getan und empfiehlt zur Minderung der Gefahren des Pneumothorax die sofortige Anfüllung des Pleuraraumes mit Kochsalzlösung und spätere Aspiration dieser Flüssigkeitsmenge nach ausgeführtem Nahtverschluß der Brustwand mittels des Potain'schen Saugapparates. Die experimentell erzeugten Verletzungen bestanden in Inzisionen in die Ventrikel, Exzisionen der Herzspitze und Resektionen der Ventrikelwand. Die histologischen Vorgänge, die sich in solchen mit Seide oder Catgut genähten

Wunden abspielen, hängen davon ab, ob die Naht eine Schädigung des Gewebes bewirkt hat oder nicht. G. sah fast stets eine solche schwere Gewebsschädigung. Kleinere Wunden mit oberflächlicher Naht heilen schnell und ohne schwere Veränderungen, während größere Wunden nur mit Narbenbildung heilten. Die Breite der Narbe ist abhängig von dem Grade der durch die Nähte bewirkten Gewebsschädigung. So kann die Naht eine Nekrose der umschnürten Muskelpartie erzeugen, und man erhält dann Bilder, die einem anämischen Infarkt gleichkommen. Solche Vorgänge müssen natürlich eine große Ausdehnung der Narbe veranlassen. Die Frage, ob Seide oder Catgut für die Herznaht vorzuziehen sei, ließ sich nicht sicher entscheiden. Für Herzwandresektionen empfiehlt Verf. die vorherige Anlegung von Situationsknopfnähten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

73) Alexandra Ingier. Über obliterierende Mastitis. (Virchow's Archiv Bd. CXCVIII. p. 338.)

Im Anschluß an eine operativ behandelte Mastitis purulenta hatte sich während des Heilungsprozesses eine harte, etwa hühnereigroße Geschwulst in der erkrankt gewesenen Brustdrüse gebildet, die herausgeschnitten wurde. Bei der histologischen Untersuchung zeigte es sich, daß das ganze Drüsensystem — Endbläschen und Ausführungsgänge — entzündlich verändert war. Der entzündliche Prozeß hatte zu einer völligen Vernichtung des Epithels geführt und so durch Verwachsung der Wände einen völligen Verschluß der Ausführungsgänge verursacht. Eine Erweiterung der Lichtung oder gar eine Cystenbildung, wie sie häufig bei chronischen entzündlichen Prozessen in der Mamma vorkommt, war nirgends zu finden. Die vorliegende Beobachtung ist selten. Aus der Literatur werden nur zwei gleichartige Fälle zitiert. Doering (Göttingen).

---

74) Hörz. Mastitis obliterans. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Bei einer 44jährigen Pat. der Küttner'schen Klinik entstand im Anschluß an einen Stoß gegen die Brust eine akute Mastitis, nach deren Abklingen eine umschriebene Verhärtung zurückblieb. Wegen Karzinomverdachtes Amputatio mammae, doch fand sich keine Neubildung. Die mikroskopische Untersuchung ergab chronische Mastitis mit Verödung der Ausführungsgänge durch ein feines Bindegewebe, dem auch elastische Fasern beigemengt waren. Es fanden sich Herde von zellreichem Granulationsgewebe mit zahlreichen Riesen- und Epitheloidzellen. Im Granulationsgewebe zahlreiche Hohlräume, die Kristallbüschel enthielten, die sich mit Fischler's Fettsäurefärbung blaßblau färbten. — Im Anschluß an diesen Fall bespricht H. die bisherigen Publikationen und betont die praktische Wichtigkeit der Mastitis obliterans, die leicht zu diagnostischen Verwechslungen Anlaß geben kann, besonders mit Tuberkulose und Aktinomykose. Zwei Abbildungen und eine Tafel. H. Fritz (Tübingen).

---

75) Alexandra Ingier. Mastitis tuberculosa obliterans. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 217.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von tuberkulöser Mastitis, bei dem es durch intrakanalikuläre tuberkulöse Granulationsbildung zur Verödung der Ausführungsgänge der Brustdrüse gekommen war. Der Fall lehnt sich an eine Mitteilung der Verf. im Bd. CXCVIII dieses Archivs an. Dort beschreibt sie eben-

falls eine obliterierende Mastitis; nur war die Ursache für die Bildung der intrakanalikulären Granulationsmassen hier in einer eitrigen Entzündung der Brustdrüse — ohne spezifischen Charakter — zu suchen. Doering (Göttingen).

Der III. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie

*findet am **11., 12. und 13. September d. J.** in **Wien** statt.*

Als Hauptthemen kommen zur Besprechung:

I. Dauererfolge bei Nephrektomie wegen Tuberkulose.
Referenten: ISRAEL-Berlin, WILDBOLZ-Zürich.

II. Bedeutung der urethroskopischen Methoden für die Klinik.
Referenten: OBERLAENDER-Dresden, WOSSIDLO-Berlin.

Internationale Gesellschaft für Chirurgie.

Der III. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie
*findet in **Brüssel** vom **26. bis 30. September 1911** statt.*

Mit dem Kongreß wird verbunden sein:

1. Eine Ausstellung von Präparaten und Dokumenten, die sich auf das Studium und die Behandlung der Frakturen beziehen. (Zur Beteiligung an dieser Ausstellung, die allen Ärzten offen steht, wende man sich durch Vermittlung des Nationalkommitees an den Generalsekretär der Gesellschaft.)

2. Eine Ausstellung von chirurgischen Apparaten und Instrumenten.

Die Sitzungen der Gesellschaft sind öffentlich, aber nur Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie haben das Recht, sich an den Diskussionen zu beteiligen.

Auf die Tagesordnung des diesjährigen Kongresses sind drei Fragen gesetzt:

I. Lungenchirurgie.
Referenten: Garrè (Bonn), Gaudier (Lille), Girard (Genf), Lenormand (Paris), Ferguson (Chicago), van Stockum (Rotterdamm), Sauerbruch (Marburg), Friedrich (Marburg).

II. Kolitis.
Referenten: Sonnenburg (Berlin), Segond (Paris), Gibson (Neuyork), D'Arcy Power (London).

III. Pankreatitis.
Referenten: Michel (Nancy), Körte (Berlin), Giordano (Venedig).

Alle weiteren Auskünfte wolle man vom Generalsekretär Herrn Prof. Depage, 75 Avenue Louise, Brüssel erbitten.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 10. Sonnabend, den 11. März 1911.

Inhalt.

I.

Über Injektionsnarkose mit Pantopon-Skopolamin.

Von

Dr. G. Brüstlein in Biel.

Gleich nach dem Erscheinen der Arbeit v. Brunn's in Nr. 3 des Zentralblattes für Chirurgie 1911, auf dessen Artikel ich verweise, hatte ich Gelegenheit, mit drei Narkosen bei zwei Pat. sein Verfahren nachzuprüfen. Der kurze Bericht über den Verlauf dieser drei Narkosen sei ein Ruf zur größten Vorsicht an jeden, der Lust hat, die v. Brunn'sche Narkose anzuwenden.

v. Brunn empfiehlt erstens höhere Skopolamindosen als wir es getan haben (vgl. Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910, Nr. 26), im weitern erhöht er die Wirkung des Narkotikums durch Verkleinerung des Kreislaufs, was er durch Stauung der unteren Extremitäten, eventuell auch noch eines Armes, erreicht. Das gestaute Blut soll gewissermaßen eine Reserveflüssigkeit darstellen, die jederzeit zur Abschwächung einer zu starken Intoxikation nutzbar gemacht werden kann.

Die beiden ersten Narkosen mit verkleinertem Kreislauf versuchte ich bei einem 78 Jahre alten, aber noch robusten Manne, den ich dank der Injektionsnarkose, trotz einer leichten chronischen Bronchitis, im Verlaufe von 8 Tagen zweimal operieren konnte. Außer der angegebenen Bronchitis war auf den Lungen und am Herzen nichts Krankhaftes zu finden, der Urin war eiweiß- und zuckerfrei. Etwas Arteriosklerose. Durch die erste Operation wurde ein Rektumpolyp entfernt. Die ganze Narkose bestand in einer einmaligen Injektion von 0,04 Pantopon und 0,0006 Skopolamin. Gestaut wurden beide Beine. Schon nach 10 Minuten stellte sich der Schlaf ein. Während der Operation selbst war der Pat. ziemlich unruhig. Sehr bald sah ich mich gezwungen, die Staubinden zu lösen, weil plötzlich die Atmung langsam und oberflächlich, der Puls rasch und klein wurde. Sogleich nach Entfernung der Binden besserte sich der Zustand, der Puls wurde kräftiger, die Atmung tiefer. Nach der Operation deliriert der Pat., schlägt um sich, will aus dem Bett. Schließlich versinkt er in tiefen Schlaf, aus welchem er erst nach einigen Stunden erwacht. Nach dem Erwachen fühlt er sich vollständig wohl und weiß vom ganzen Vorgange seit der Injektion absolut nichts.

Der gleiche Pat. wurde nach 8 Tagen zum zweiten Male operiert; und zwar diesmal wegen starker Prostatahypertrophie (transvesikale Enukleation).

Auch diesmal die gleiche Injektionsnarkose, nur mit dem Unterschied, daß die Stauung nur an einem Beine vorgenommen wurde. Wieder mußte die Binde entfernt werden wegen schlechter Respiration und ungenügendem Puls. Der Zustand des Pat. nach der Operation war ein ähnlicher.

Das dritte Mal habe ich die Injektions-Stauungsnarkose bei einer 55 Jahre alten kräftigen Frau angewandt. Abgesehen von einer ziemlich großen Struma zeigte sie keine krankhaften Symptome. Herz, Lungen und Urin waren normal. Die Operation wurde wegen inkarzerierter Netzhernie vorgenommen.

Da die Frau ziemlich kräftig und korpulent war, wurden ihr wie üblich 0,04 Pantopon mit 0,0006 Skopolamin — welches mir die Firma Hoffmann-La Roche in freundlichster Weise zur Verfügung gestellt hatte — injiziert. Die narkotische Wirkung der Injektion sollte der verkleinerte Kreislauf verstärken. Zu dem Zwecke wurden der Pat. beide Beine gestaut.

Auch bei ihr stellte sich der Schlaf sehr rasch ein. Während der ganzen Operationsdauer war die Narkose tadellos, die Staubinden mußten erst ganz am Schluß des Eingriffes entfernt werden, weil die Atmung mühsamer wurde. Ins Bett zurückgebracht verschlimmerte sich der Zustand der Frau von Minute zu Minute. Die Atmung wurde langsamer und langsamer und konnte schließlich nur mehr durch Aufrütteln, kaltes Abwaschen und immerwährendes Zusprechen aus der Pat. herausgeholt werden. Nicht ohne Interesse dürften dabei die Angaben der Pat. sein, mit welcher man sich trotz der großen Atemnot verständigen konnte; sie behauptete, sie wisse ganz gut, daß sie eigentlich atmen sollte, nur vergesse sie es jeweilen von einem Atemzug bis zum anderen wieder. Als sich der Zustand der Frau trotz wiederholten Kampferinjektionen immer mehr verschlimmerte und sie trotz aller Mühe kaum mehr dazu zu bringen war, Atem zu schöpfen, hoffte ich mit Atropin eine Besserung erzwingen zu können. Die subkutane Injektion von 0,001 hatte jedoch gerade die entgegengesetzte Wirkung von dem, was ich von ihr erwartet hatte: die Atmung wurde nicht im geringsten günstig beeinflußt, zudem wurde nunmehr auch der Puls schlechter. In größter Not half mir hier eine Venaepunktion mit darauffolgender intravenöser und subkutaner Infusion von Kochsalzlösung mit Adrenalin. Sogleich erholte sich die Pat., erwachte

vollständig und begann ruhig und tief zu atmen. Von den schweren Stunden seit der ersten Injektion, oder besser seit der Stauung, hatte sie nicht die geringste Ahnung.

Nach diesen drei Mißerfolgen habe ich begreiflicherweise einen Strich unter die Versuchsreihe meiner Injektions-Stauungsnarkosen gezogen. Den Mißerfolg schreibe ich ganz allein der Stauung zu; denn in den vielen Narkosen durch Pantopon-Skopolamin, die ich verfolgen durfte, habe ich nie auch nur eine Andeutung von dem Erlebten gesehen. Mag man auch von der Emboliegefahr vollständig absehen, so wird die Injektionsnarkose bei verkleinertem Kreislauf, meiner Ansicht nach, stets etwas Gefährliches bleiben.

Mit der Injektionsnarkose von Pantopon-Skopolamin ohne die Stauung, habe ich im Gegensatz zu obiger Schilderung, nur die besten Resultate erzielt. Bei richtiger Durchführung — den Männern und kräftigeren Frauen injiziere ich $^1/_2$ bis $^3/_4$ Stunden vor der Operation 0,04 Pantopon mit 0,0006 Skopolamin, schwächeren Pat. 0,04 Pantopon mit 0,0004 Skopolamin, bei ganz heruntergekommenen eventuell noch weniger — ersetzt sie die stets mit vielen Gefahren verbundene Inhalationsnarkose beinahe vollständig. In den Ausnahmefällen, in welchen es uns nicht gelingt, mit ihr allein den tiefen Schlaf zu unterhalten, genügen wenige Tropfen Äther, um allsogleich den Pat. in den gewünschten Zustand zu versetzen In ihrer Wirkung bedeutend intensiver als die Skopolamin-Morphiumnarkose hat sie vor derselben den großen Vorzug, den Pat. nicht zu verstopfen, ihn nicht zu erregen und, mit wenigen Ausnahmen, auch nicht zum Erbrechen zu bringen. Ferner ist der Schlaf, in welchen der zu Operierende verfällt, bei weitem nicht so tief, so daß es in jedem Zeitpunkt gelingt, ihn zum Sprechen zu bringen, ohne daß er dabei das verlorene Empfindungsvermögen wieder findet. Letzteres scheint mir besonders wichtig zu sein.

Zum Schluß sei daran erinnert, daß auch die idealste Narkose eine Narkose bleibt und den Arzt nicht von der genauen Untersuchung seines Pat. vor jedem operativen Eingriff dispensiert. Das Ergebnis dieser Untersuchung bestimme die Menge des Narkotikums.

II.

Aus der chirurgischen Abteilung des städtischen Luisenhospitals zu Dortmund. Prof. Dr. Henle.

Zur Frage der Thoraxdrainage.

Von

Dr. Max Tiegel,
Sekundärarzt.

Der oft recht schwere Entschluß, nach einem endothorakalen Eingriff die Pleurahöhle zu drainieren, wird uns nicht immer allein durch die Gefahr der operativen Infektion diktiert, sondern bei Verletzungen oder Operationen an den Lungen auch durch die Unsicherheit der Versorgung ausgedehnterer Lungenwunden und die dann bestehende Möglichkeit eines postoperativen Spannungspneumothorax. Auch das öfters nach ganz aseptisch verlaufenen Operationen beobachtete Exsudat, das wohl mehr als eine Reaktion der sehr empfindlichen Pleura auf mechanischen Insult, weniger als die Folge einer sehr milden Infektion anzusehen ist, wird in Zukunft vielleicht häufiger zu primärer Drainage Veranlassung geben.

Der Entschluß fällt uns deshalb so schwer — weit schwerer als etwa die Drainage oder Tamponade der Bauchhöhle —, weil einmal für die physiologische Abwicklung der Atmung das luftdichte Geschlossensein der Pleurahöhle eine Grundbedingung ist und dieses namentlich bei der Drainage sehr in Frage gestellt wird, weil ferner infolge des negativen Pleuradruckes und der inspiratorischen Thoraxbewegungen es leicht zu Ansaugung von außen kommen kann und dadurch die Gefahr der sekundären Infektion sich wesentlich erhöht.

Durch feste Tamponade läßt sich ja zweifellos ein luftdichter Abschluß herstellen, namentlich wenn man die eingelegten Gazestreifen nicht in gerader Richtung aus der Wunde herausleitet, sondern durch einen unter der Haut gebildeten Schrägkanal austreten läßt. Wir haben uns von dem Dichthalten einer so angelegten Tamponade im Tierexperiment wiederholt überzeugen können. Von Küttner ist sie dann für die menschliche Praxis auch zur Drainage empfohlen worden[1].

Leider hat aber diese Art der Tamponade den großen Nachteil, daß sie die Öffnung der Thoraxwand nicht nur von außen, sondern auch von innen dicht verschließt und so einem sich bildenden Exsudat, das gerade in der Pleurahöhle oft sehr rasch und in großer Ausdehnung zu entstehen pflegt und gerade hier leicht zu bedrohlichen Verdrängungserscheinungen führte oder einem Spannungspneumothorax den Ausweg versperrt, mithin also den Zweck einer ergiebigen Ableitung vollständig verfehlt. Wir konnten beides in einem Falle sehen.

Ein 37jähriger Mann wurde mit einer Stichverletzung der rechten Brustseite in sehr desolatem Zustande, fast pulslos, eingeliefert. Das Messer war in den rechten Interkostalraum nahe dem Brustbein eingedrungen, hatte den Knorpel der zweiten Rippe und die Vasa mammaria durchschnitten und eine tiefe Wunde des rechten oberen Lungenlappens gesetzt. Es bestand weit offener Pneumothorax mit starker Dyspnoe. Unter Sauerstoffatmung, unter der sich die Dyspnoe sofort besserte, wurde die Wunde nach unten erweitert; die verletzten Gefäße wurden unterbunden; die Versorgung der Lungenwunde erfolgte durch exakte Seidennaht. Die Haut und Muskulatur wurde über der Pleuraöffnung vernäht, bis auf eine Lücke im unteren Wundwinkel, die etwa drei Querfinger unterhalb der ursprünglichen Verletzungsstelle lag. Durch den so gebildeten Schrägkanal wurde ein eingelegter Jodoformgazestreifen nach außen geleitet.

Am 3. Tage post op. stellten sich Zeichen eines hochgradigen Spannungspneumothorax ein. Der Tampon wurde entfernt. Dabei schoß sprudelnd eine Menge blutiges Exsudat reichlich mit Luft vermischt aus der Wundöffnung heraus. Die vorher mühsame, oberflächliche, schnappende Atmung verschwand sofort und wich einer ruhigeren und tieferen. An Stelle des Tampons wurde ein Gummidrain eingeführt, das mit einem improvisierten Ventil (blind endigendes Glasrohr mit einer Seitenöffnung über welche eine Gummimembran gebunden war) versehen wurde. Der Fall kam zur Heilung.

Auch in dem einzigen Falle, in welchem Küttner diese Art der Tampondrainag beim Menschen anwandte, kam es zur Retention eines entzündlichen Exsudats[2].

---

[1] Bruns' Beiträge Bd. LX. p. 83—86.
[2] Bruns' Beiträge Bd. LX. p. 68—70.

Diese Beobachtungen werden uns in Zukunft abhalten, bei Fällen, in denen es uns in erster Linie auf Ableitung nach außen ankommt, die Tamponade anzuwenden. Wir möchten dieselbe nur dann für angebracht halten, wenn im wesentlichen der Abschluß eines bestimmten Bezirkes von der übrigen Pleurahöhle bezweckt wird, also etwa in dem gleichen Sinne, in welchem man die Bauchhöhle tamponiert. Dagegen würden wir da, wo uns für die ersten Tage nach der Operation eine Ableitung nach außen erforderlich erscheint, stets dem Drainrohr den Vorzug geben, eventuell in Verbindung mit der Tamponade.

Allerdings ist bei der Drainage mittels eines Rohres der Abschluß von außen, der unbedingt erstrebt werden muß, schwieriger zu erreichen. Denn die Ventildrainage, wie sie uns von den Empyemoperationen her geläufig ist (Darüberbinden eines Kondomfingerlings; oder Darüberlegen eines Stückes Mosetigbatistes), ist für diese Zwecke unzureichend. Es läßt sich durch diese Improvisationen mit absoluter Sicherheit auf die Dauer kein völlig dichter Abschluß erzielen.

Ein exakt schließendes Drainageventil ist uns daher für die Ausübung der Thoraxchirurgie immer mehr ein Bedürfnis geworden, und aus diesem heraus entstand das folgende Instrument:

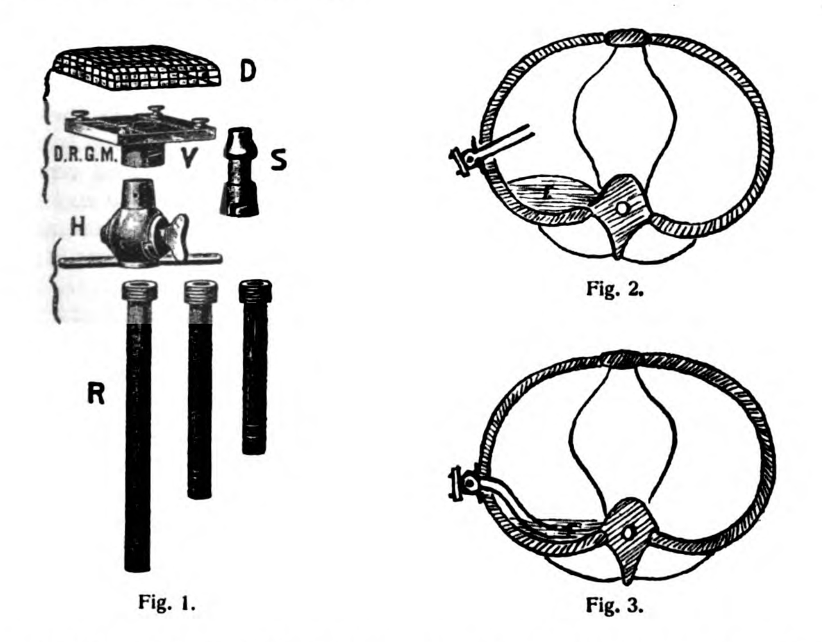


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Dem in die Pleurahöhle eingelegten Gummidrain wird ein gut eingepaßtes Metallrohr (*R*) aufgesteckt, event. wird noch das Drain mit einem Seidenfaden fest über dem Metallrohr umschnürt. Das Metallrohr ist so lang zu wählen, daß es die ganze Brustwand durchsetzt und etwa noch 5—8 cm an der Innenfläche vorsteht; das darüber gestülpte Gummidrain kann je nach Bedürfnis länger genommen werden. Das Metallrohr ist auf Vorschlag von Prof. Henle aus biegsamem Material (Zinn) gefertigt; der innen hervorstehende Teil desselben kann daher leicht der Wölbung der Thoraxwand entsprechend gebogen werden und

gibt dann dem inneren Ende des Gummidrains die gewünschte Richtung. Da das Zinnrohr mit dem Ventil durch Verschraubung verbunden ist, läßt sich bei einem geringen Vorrat verschieden langer Rohrstücke seine Länge stets den jeweiligen Verhältnissen passend wählen. Dem Zinnrohr ist ein kurzes Zwischenstück (*H*) angeschraubt, dem ein Verschlußhahn eingefügt ist. Ferner trägt es zwei kleine Metallbügel, die zur Befestigung des ganzen am Thorax dienen.

An dieses Hahnstück wird mittels Bajonettverschlusses das eigentliche Ventil (*V*) angesetzt. Dieses besteht aus einer kleinen Metallplatte, welche in der Mitte entsprechend dem Lumen des Drainrohres eine runde Öffnung aufweist. Über diese Öffnung wird eine dünne Gummimembran gespannt und durch anschraubbare Metallklammern befestigt. Diese Gummimembran hebt sich bei der geringsten Drucksteigerung in der Pleurahöhle von der Metallplatte ab und läßt dann den Inhalt (Exsudat, Luft) leicht austreten. Bei jeder Druckverminderung in der Pleurahöhle wird die Membran angesaugt; sie legt sich exakt der Metallplatte an und verschließt dann die Öffnung in derselben vollständig luftdicht. Bei Abnahme der Ventilplatte zur Reinigung oder zum Auswechseln der Membran wird das Rohr durch den Hahn verschlossen. Ein ebenfalls mit Bajonettverschluß anzufügendes Ansatzstück (*S*) gestattet die Verbindung mit einem Gummischlauch (zwecks Manometermessungen; oder bei eintretender Infektion zur Spülung der Pleurahöhle, eventuell auch zum Anschluß einer Perthes'schen Saugdrainage).

Über die Ventilplatte wird ein kleines Drahtgeflecht (*D*) gestülpt, das ein Verkleben mit den Verbandstoffen verhütet und so ein leichtes Spiel der Ventilmembran sichert[3].

Für gewisse Zwecke, besonders wenn man genötigt ist, das Drain an der Rückenseite einzulegen, ist es zweckmäßig, die Ventilplatte direkt, ohne Zwischenschaltung des Hahnstückes, mit dem Zinnrohr zu verbinden. Man verzichtet dadurch allerdings auf die Möglichkeit, das Ventil bequem wechseln zu können, hat aber dafür den Vorteil, daß die Ventilplatte dicht der Thoraxwand anliegt. Der Verband kann dann flacher ausfallen und behindert den Pat. weniger in seiner Lagerung.

Das ganze Ventil wird dann mit dicker Lage Jodoformgaze und Mull bedeckt, der bei Durchtränkung unter aseptischen Kautelen sofort zu wechseln ist.

Das hier beschriebene Ventildrain ist bisher in drei Fällen von Lungenverletzung zur Anwendung gelangt und hat da den an dasselbe gestellten Anforderungen durchaus entsprochen. Es kam zu rascher Entfaltung der Lunge, die bald mit der Brustwand flächenhaft verklebte und ihre Funktion wieder aufnahm. Die Infektionsgefahr scheint bei einer so angelegten Drainage, bei welcher durch dichtes Schließen während der Inspirationen ein Ansaugen von außen verhindert wird, nicht erheblich zu sein, ist nach einigen Tagen, wenn um das Drain herum sich allseitig Verklebungen gebildet haben, von der Drainageöffnung aus wohl überhaupt nicht mehr zu fürchten. Wir konnten das besonders bei dem letzten der drei Fälle sehen, bei welchem infolge bedrohlichen Hautemphysems (entstanden durch Anspießung der Lunge durch ein Rippenfragment) nur die Ventildrainage durch kleine Inzision an der Verletzungsstelle angelegt wurde. Es floß in den ersten Tagen aus dem Drainrohr etwas Blut heraus. Eitrige Sekretion stellte sich nicht ein. Der Verlauf war völlig fieberfrei bis auf eine kurz vorübergehende Temperatursteigerung, die am 16. Tage p. op. auftrat und durch Bronchitis verursacht war. Schon am 4. Tage p. op. war der Drainkanal durch

---

[3] Das Instrument wird von der Firma Georg Haertel, Breslau-Berlin, angefertigt.

Adhäsionen abgeschlossen; über der Lunge konnte man fast in normaler Ausdehnung vesikuläres Atemgeräusch hören.

Dagegen bietet diese Drainage infolge der raschen Ausdehnung und Verklebung der Lunge anscheinend keine sichere Gewähr, daß sich später nach Abschluß des Drainkanals durch Adhäsionen an einer anderen Stelle ein abgekapseltes Exsudat bildet. Der günstigste Ort für eine solche sekundäre Exsudatbildung sind natürlich die abhängigsten Stellen, in denen sich die Reste des ergossenen Blutes angesammelt haben, bei Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper also die unteren, hinteren, der Wirbelsäule benachbarten Partien.

An dieser Stelle sahen wir auch in dem ersten Falle später ein abgekapseltes Exsudat auftreten, das durch Rippenresektion entleert wurde und den Heilungsverlauf nicht wesentlich beeinträchtigte. Das Drain war hier bei der Operation nicht rechtzeitig zur Hand und konnte erst, nachdem die Operationswunde fast völlig geschlossen war, durch den hinteren Winkel derselben eingeführt werden; es bekam so, wie beim ersten Verbandwechsel festgestellt werden konnte, die in Fig. 2 skizzierte schlechte Lage. Es ist klar, daß so die durch die hintere Rippenwölbung gebildete Mulde nicht genügend drainiert und dadurch die Exsudatbildung an dieser Stelle begünstigt wurde (Fig. 2, *E*).

Vielleicht läßt sich jedoch diese Komplikation durch entsprechende Plazierung des Drains vermeiden. In dem zweiten Falle wurde nämlich das Drain noch bei weit offener Thoraxhöhle durch eine besonders angelegte kleine Öffnung eingeführt und es war so, vor allem aber auch dadurch, daß das Rohrstück inzwischen biegsam gemacht worden war, möglich, ihm die in Fig. 3 angedeutete zweckmäßigere Lagerung zu geben.

Bei der Obduktion dieses Falles, der am 6. Tage p. op. aus völligem Wohlbefinden heraus infolge innerer Verblutung aus der Mammaria interna plötzlich ad exitum kam, konnten wir feststellen, daß, abgesehen von den frischen koagulierten Blutmassen, kein nennenswerter Erguß in der Pleurahöhle bestand. Auch sonst bestätigte der Obduktionsbefund die gute Wirkung des Ventils: Die Lunge war fast in normalem Umfange mit der Brustwand durch leicht lösliche Adhäsionen verbunden; von Mediastinum und Zwerchfell war sie durch den reichlichen Bluterguß abgedrängt, doch zeigte die Beschaffenheit der Pleura, daß auch an diesen Stellen bereits Verklebungen bestanden hatten. Die Lunge war gut lufthaltig. Die Pleura des Komplementärraumes war spiegelnd glatt.

Wir würden daher in künftigen Fällen empfehlen, das Drain stets vor Schluß der Thoraxwunde einzulegen und es so der Brustwand anzubiegen, daß seine innere Öffnung in den Boden der neben der Wirbelsäule gelegenen Mulde zu liegen kommt (s. Fig. 3). Ein sich hier ansammelndes Exsudat kann dann durch den bei Hustenstößen entstehenden intrathorakalen Druck herausgepreßt werden. Eventuell ist das Drain in dieser Stellung durch eine Catgutnaht zu fixieren. Ist die Lage der Operationswunde ungeeignet, dann wird sich empfehlen, die Öffnung für das Drain gesondert an passenderer Stelle durch kleinen Einschnitt in einem Interkostalraum anzulegen.

---

1) Holländische Gesellschaft für Chirurgie.

Sitzung vom 6. März 1910 im städtischen Krankenhause im Haag.

Vorsitzender: Herr van Stockum; Schriftführer: Herr Sträter.

1) Herr Offerhaus: Die Technik der Injektionen in die Trigeminusäste bei dem Foramen ovale und rotundum und in das Ganglion

Gasseri. Dieser Vortrag ist ausführlich in Langenbeck's Archiv erschienen (Bd. XCII). Referat in diesem Zentralblatt 1910. p. 993.

Diskussion. Herr van Campen wendet sich dagegen, daß die Gefahrlosigkeit dieser Injektionen vom Vortr. so betont wird, da er meint, daß hierdurch vielleicht auch Unbefugte dazu kommen würden, diese Methode anzuwenden.

Herr Schoemaker hat einmal mit dieser Injektion bei einer anderen Behandlungsmethoden trotzenden Trigeminusneuralgie ein vorzügliches Resultat erreicht. Er hat nach der durch Ostwald modifizierten Schlosser'schen Methode injiziert und meint, bei der Methode des Vortr. werde zuviel mit Zahlen gearbeitet; es sei sicherer, wenn man am Schädel selbst fühle, wo man injizieren müsse.

Herr Oidtmann fragt, ob die Wirkung dieser Injektionen eine bloß mechanische oder ob sie an den Alkohol gebunden sei.

Herr van Stockum fragt, ob nach diesen Injektionen nicht trophische Störungen zu fürchten seien.

Herr Offerhaus hat sich bemüht, eine Methode anzugeben, die ohne besondere Übung, wenn man nur einige Zahlen kennt, ausgeführt werden kann. Nicht jeder hat das Material, sich an der Leiche einzuüben. Die Wirkung der Injektionen beruht wahrscheinlich auf dem Alkohol, ist nicht eine rein mechanische. Trophische Störungen sind bisher nicht beobachtet.

Herr Rutgers: a. Zungenstruma.

R. stellt eine Pat. von 21 Jahren vor, bei der er vor $3^1/_2$ Jahren eine Struma von der Zungenbasis exstirpiert hat. Da an normaler Stelle keine Schilddrüse zu fühlen war, wurde bei der Operation ein Stückchen der Geschwulst zurückgelassen. Es ist kein Rezidiv eingetreten, obschon pathologisch-anatomisch die Diagnose auf Adenoma malignum gestellt war.

b. Aneurysma der Art. anonyma.

Bei einem 45jährigen Pat., der früher luetisch infiziert war, wurde im September 1909 eine apfelgroße, pulsierende Geschwulst konstatiert, die die erste Rippe und das Schlüsselbein usuriert hatte und die Fossa supraclavicularis dextra hervorwölbte. Die Haut über der Geschwulst war rot und verdünnt. Beide Radialispulse waren isochron. Die Geschwulst nahm in den wenigen Tagen, die Pat. beobachtet wurde, sichtbar an Größe zu, so daß eine baldige Perforation zu befürchten war und man also eine Behandlungsmethode wählen mußte, die schnellen Erfolg versprach. R. beschloß also nach Brasdor-Wardrop die periphere Unterbindung der Subclavia und Carotis communis zu machen. Die Operation verlief ohne Störung: 3 Tage später war der Puls an der Radialis wieder zu fühlen. Die Pulsation wurde allmählich geringer, die Geschwulst kleiner. Im November war das Aneurysma noch deutlich zu fühlen. Jetzt sind Geschwulst und Pulsation verschwunden.

Die Operation wurde 1798 von Brasdor empfohlen, aber erst 1825 von Wardrop ausgeführt, der die Carotis unterband. 1839 unterband Hobart Carotis und Subclavia.

Die Unterbindung der Carotis ist die gefährlichste: Bei 520 Unterbindungen kam 50mal Hemiplegie vor mit 38 Exitus; bei 200 Unterbindungen der Subclavia kam es 4mal zu Gangrän einer Hand. Nach Savariaud ist in den letzten 20 Jahren 9mal die periphere Unterbindung bei Aneurysmen der Anonyma (bzw. Subclavia) ausgeführt: 6 von diesen Fällen sind geheilt, 2 gebessert, bei einem ist das Resultat unbekannt. Diese Resultate sind besser als bei der zentralen

Unterbindung, wo von 22 Fällen 3 gestorben, 16 geheilt sind und 3mal ein Rezidiv auftrat.

Diskussion: Herr Sträter hat ebenfalls vor kurzem ein Aneurysma der Subclavia-Anonyma nach der Methode von Brasdor-Wardrop behandelt. Bei dem 47jährigen Manne bestand ein faustgroßes Aneurysma in der Fossa supraclavicularis dextra, das neuralgiforme Schmerzen verursachte. Es wurde erst die zentrale Unterbindung versucht; da aber das Aneurysma zu weit in das Mediastinum hinein reichte, wurden Carotis communis und Subclavia unterbunden. Die seit 2 Jahren bestehenden Schmerzen waren nach 14 Tagen gänzlich verschwunden; 6 Wochen nach der Operation war weder von Pulsation noch von der Geschwulst mehr etwas zu fühlen. — Was die Gefährlichkeit der Unterbindung der Carotis communis angeht, so macht es einen großen Unterschied, ob diese als Operation für sich oder als präliminarer Eingriff bei Geschwulstexstirpationen am Hals, Gesicht oder Kopf ausgeführt wird. Nach Guinard, der 15mal die Brasdor-Wardrop'sche Operation ausführte, ist die Unterbindung der Carotis communis ungefährlich, wenn nur die anderseitige Carotis und die Anastomosen mit ihr intakt sind.

Herr Korteweg wendet sich gegen die Ansicht, daß die Unterbindung der Carotis communis eine unschuldige Sache sei. Er hat mehrmals nach dieser Operation sehr ernste Komplikationen erlebt. Von seinen 10 Fällen verliefen 3 letal und 3 mit Hemiplegie, wovon 2 bei Pat. in jungen Jahren.

Herr Polak erinnert an den vor einigen Jahren von ihm publizierten Fall, wo er, mit einem Intervall von 5 Jahren, beide Carotiden mit gutem Erfolg unterbunden hat.

Herr Laméris ist nicht überzeugt von der Gefährlichkeit der Carotis communis-Unterbindung, die er des öftern bei Hals- und Kopfoperationen ausführt. Er hat nie schlechte Resultate gesehen.

Herr van Stockum mußte bei einer Halsgeschwulstoperation bei einem jungen Mädchen die Carotis communis unterbinden; die Folge war eine größtenteils bleibende Hemiplegie.

Herr Vermey fragt nach dem Ort der Unterbindung der Subclavia; wenn diese an der inneren Seite der Scaleni geschieht, wird die Gefahr, daß Gangrän des Armes eintritt, nicht gering sein.

Herr Rutgers (Schlußwort) hat die Subclavia an der Außenseite der Scaleni unterbunden. Er glaubt, daß die Gefährlichkeit der Communisunterbindung zum Teil von der Art der Krankheit, weswegen sie gemacht wird, abhängig ist. Jedenfalls würde die Statistik Korteweg's, wenn er sie gekannt hätte, ihn nicht abgehalten haben, in seinem Falle die Carotis zu unterbinden.

c. Sprengel'sche Difformität.

R. zeigt schließlich ein Knochenstück, das er bei einem 14jährigen Mädchen mit Sprengel'scher Difformität exstirpiert hat, und das den medianen Schulterblattwinkel mit dem Processus spinosus des VII. Halswirbels verband. Dieses Knochenstück ist kein verknöcherter Muskel, sondern gleicht mehr einer abnormen Rippe.

Herr van der Horn van den Bos: a. Ectopia transversa testis.

Vorstellung eines Falles, wo zufällig bei einer Hernienoperation gefunden wurde, daß beide Hoden durch den rechten Leistenkanal in die rechte Skrotalhälfte eingetreten waren.

b. Arthropathia tabica. Vorstellung eines 45jährigen Mannes, bei dem sich in einem sehr frühen Stadium der Tabes eine Arthropathie des linken Knies entwickelte; 5 Jahre später erfolgte eine Spontanluxation der rechten Hüfte. In der Umgebung beider Gelenke haben sich ziemlich mächtige Knochenplatten entwickelt, wodurch das Entstehen eines Schlottergelenkes verhindert wird und eine gewisse Stütze der affizierten Gelenke erreicht ist.

Herr Schoemaker: a. Rektumprolaps.

S. stellt eine Pat. vor, bei der er nach der von ihm für Incontinentia alvi angegebenen Methode eine Muskelplastik aus den Glutaei ausgeführt hat, um hierdurch den Beckenboden zu stützen und den Austritt des Mastdarmvorfalls zu verhindern. Der Erfolg ist ein guter.

b. Elephantiasis.

Vorstellung einer Pat., bei der, nach der Methode von Handley, vier dicke Seidenfäden an den vier Seiten des Beines von der Fußgelenk- bis zur Leistengegend subkutan eingeführt sind. Während es mit keiner anderen Behandlung glückte, die Schwellung zu verringern, ist jetzt der Umfang des Beines schon um $^1/_3$ geringer wie vor der Operation.

Herr Oldtmann: Vereinfachung der Hautdesinfektion.

O. weist darauf hin, daß bei den verschiedenen in letzterer Zeit angegebenen vereinfachten Methoden der Desinfektion der Patientenhaut das Resultat eigentlich immer ein gleich günstiges war. Er glaubt, daß die Zukunft uns vielleicht noch lehren wird, daß die Haut des Pat. als Infektionsquelle ebensowenig zu bedeuten hat als die Luft des Operationszimmers. Seit 2 Monaten wendet er bei allen Operationen, auch bei den urgenten Fällen, keine andere Hautdesinfektion an, als Abreibung der Haut mit Äther während $1^1/_2$—2 Minuten. Bei 106 in dieser Zeit ausgeführten aseptischen Operationen trat zweimal eine Infektion auf, die aber in beiden Fällen ihren besonderen, nicht mit der Hautdesinfektion zusammenhängenden Grund hatte.

Diskussion. Herr Offerhaus: In der Koch'schen Klinik in Groningen wird in letzter Zeit nur Jodtinktur angewandt. Die Resultate waren sehr gut. In einer großen Anzahl Fällen wurde vor, während und nach der Operation von der mit Jodtinktur desinfizierten Haut abgeimpft: Obschon in den meisten Fällen sich Kulturen entwickelten, war der Wundverlauf doch stets aseptisch.

Herr van Dam: Auch in der Lanz'schen Klinik wurden zahlreiche Impfversuche angestellt: In 10—20% waren die Kulturen positiv, während klinisch nur zwei Infektionen auftraten, beidemal nach Jodtinkturdesinfektion.

Herr Korteweg sah öfters Nekrosen der Hautränder nach Jodtinktur und wendet sie deshalb nach Schluß der Wunde nur mehr sehr sparsam an.

Herr Timmer sah bei Kindern in einigen Fällen ein ausgebreitetes Ekzem nach der Desinfektion mit Jodtinktur.

Herr Oldtmann betont noch einmal, daß die Gefährlichkeit der Hautbakterien lange Zeit sehr überschätzt ist. Die Hauptsache ist, daß man sie in Ruhe läßt.

Sträter (Amsterdam).

---

2) E. Gierke. **Taschenbuch der pathologischen Anatomie. Allgemeiner und spezieller Teil.** Dr. Werner Klinkhardt's Kolleghefte Hft. 5 u. 6. Leipzig, Werner Klinkhardt, 1911.

Die vorliegenden Hefte haben zum Vorbilde das Selenka'sche Taschenbuch der Zoologie und sollen dem Studierenden ein gewissermaßen bereits den Grund-

stock der behandelten Materie enthaltendes Kollegheft in die Hand geben. Dementsprechend sind sie in ihrer äußeren Form so eingerichtet, daß zu dem »eisernen Bestand« bequem individuelle Nachträge gemacht werden können. Der Verf. hat durch klare Anordnung des Stoffes und präzise Form der Darstellung ein »Taschenbuch« geschaffen, das dem Studenten recht wohl von großem Nutzen sein wird; und das noch besonders deswegen, weil die vorliegenden Hefte eine Fülle sehr schöner, zum größten Teil nach eigenen Präparaten gezeichneter Abbildungen enthalten. G. E. Konjetzny (Kiel).

---

3) Sweet. The relation of the ductless glands to surgery. (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Nachdem Verf. darauf hingewiesen hat, daß die Drüsen mit innerer Sekretion häufig für chirurgisches Handeln in Betracht kommen, bespricht er die Wirkung jener Drüsen, welche eine besondere Affinität für die Salze der Chromsäure haben und daher als chromaffines System bezeichnet werden (Nebenniere, Pankreas). Die innere Sekretion der Nebenniere erhält den Tonus des Gefäßsystems; werden diese Organe — z. B. durch Chloroform — geschädigt, so tritt nach einigen Autoren ein rapider Fall des Blutdrucks ein. Einige Chirurgen haben diese Einwirkung des Chloroforms auf die Nebennieren an Tieren studiert und gefunden, daß durch eine Narkose mit großen Dosen Chloroform oder Äther die Marksubstanz ihre Affinität für chromsaure Salze verliert. Sie glauben, daß hierdurch eine Verminderung der tonischen Substanz der Nebenniere und ein Fall des Blutdrucks eintritt, welcher zu shockartigen Erscheinungen führen könne.

S. hat nun durch Versuche an Tieren festgestellt, daß nach Exstirpation der Nebennieren die Bauchspeicheldrüse zu sezernieren anfing, und daß diese Sekretion auch ohne Exstirpation der Nebennieren durch eine verlängerte Äthernarkose zu erzielen war. S. glaubt daher auch, daß tatsächlich durch eine sehr lange Narkose die Nebennieren geschädigt werden können, und daß hierdurch wieder ein progressiver Fall des Blutdrucks bewirkt wird. Über dieses Problem sind jedoch nach dem Verf. noch weitere Studien durchaus nötig.

Herhold (Brandenburg).

---

4) v. Pirquet. Allergie. 96 S. Berlin, Julius Springer, 1910.

Verf., der zu den führenden Erforschern der allergetischen Erscheinungen gehört, hat die Resultate seiner bisherigen Arbeiten unter kritischer Würdigung der Resultate und Meinungen anderer in der vorliegenden Schrift zusammengefaßt. Es findet sich eine Fülle von experimentellen und klinischen Beobachtungen zusammengestellt, welche zeigen, wie der tierische Organismus bei wiederholter Infektion oder überhaupt bei wiederholter Einführung gleicher körperfremder Substanzen anders reagiert als beim ersten Mal (Allergie). Es sind Beobachtungen, die in ihrer Gesetzmäßigkeit einer einheitlichen Erklärung bedürfen — v. P. gibt zum Schluß eine Theorie, für welche er allerdings eine allgemeine Gültigkeit noch nicht beansprucht — und wohl schon jetzt berufen scheinen, die Deutung mancher Erscheinungen und unsere Auffassung von dem Wesen mancher Krankheiten zu modifizieren. Verdienen schon deswegen die Forschungen eine allgemeine Beachtung, so werden dem Chirurgen die Kapitel über Serumkrankheit, welche schon längst für ihn eine praktische Bedeutung gewonnen hat, über Tuberkulose, Aktinomykose u. a. noch besonders interessieren. Die kleine zusammenfassende Schrift sollte daher nicht nur von Internisten und

Dermatologen, Hygienikern und Pathologen, wie es v. P. wünscht, sondern ebenso von Chirurgen gelesen werden, denen sie zweifellos nicht weniger Anregung bieten wird. Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

5) B. Cunéo. Maladie des nerfs. Nouveau traité de chirurgie Bd. X. Paris, Baillière, 1911.

Die vorliegende Monographie ist der 10. Band der von Le Dentu und Delbet herausgegebenen Chirurgie; sie enthält drei große Gruppen: Die Verletzungen, die Entzündungen sowie endlich die Neubildungen der Nerven. In jeder der drei Gruppen werden in einzelnen Kapiteln die betreffenden Erkrankungen von der Ätiologie bis zur Therapie erläutert. Am ausführlichsten ist die chirurgische Therapie der Verletzungen behandelt, sehr oberflächlich die Symptomathologie. Bei den Lähmungen, den Sensibilitätsstörungen sind an der Hand von Bildern die Kontrakturstellungen angegeben, das Schema der Sensibilitätsbegrenzungen aufgezeichnet. Die untere Extremität ist nicht berücksichtigt. Ganz kurz sind ferner die Luxationen der Nerven fortgekommen, bei denen auf den Band von den Erkrankungen der Glieder hingewiesen wird, der aber noch nicht erschienen ist. Auch sonst wird der Leser gezwungen sein, häufig noch andere Werke nachzuschlagen, wenn er sich im speziellen über einen einzelnen Krankheitsfall orientieren will. Das vorliegende Werk ist eben mehr eine »allgemeine« Chirurgie der Nervenerkrankungen. Coste (Breslau).

---

6) Alfred Weischer. Bericht über die bei der Grubenkatastrophe der Zeche Radbod am 12. November 1908 verunglückten Bergleute, die im katholischen Krankenhause zu Hamm behandelt wurden. (Ärztliche Sachverständigenzeitung 1910. Nr. 10.)

Die Schädigungen bestanden in Kohlenoxyd- und Rauchvergiftungen mit ihren zum Teil erst später einsetzenden Folgen, in Verrenkungen, komplizierten Frakturen und Verbrennungen. Die Schilderung der letzteren nimmt den breitesten Raum ein. Betroffen waren sämtliche Körperteile; unbedingten Schutz hatten lediglich die Schuhe gewährt. Die Behandlung fand wie üblich mit Öl- und Dermatolverbänden, im Gesicht mit Borvaseline statt, das eine bessere Narbenbildung bewirkte. Verf. hält es für angezeigt, in geeigneten Fällen die ganze verbrannte Partie radikal zu exstirpieren und zu transplantieren. Interessant ist folgende mehrfache Beobachtung. Bei Verbrennungen am Schädel traten bei einigen Leuten plötzlich Fieberanstieg und erhöhte Pulsfrequenz, Tobsuchtsanfälle, Trismus und Nackensteifigkeit auf, bedingt durch einen hochgradigen sekundären Hydrocephalus externus, den die Sektionen ergaben, so daß in einem Falle eine Lumbalpunktion mit Ablassen von 100—120 ccm Zerebrospinalflüssigkeit diese Symptome beseitigte.

Die Arbeit enthält noch viele andere, lesenswerte Einzelheiten, die jedoch im Original nachgelesen werden müssen. Thom (Posen).

---

7) Albert Hoffa (Berlin). Atlas und Grundriß der Verbandlehre für Studierende und Ärzte. Vierte, wesentlich vermehrte Auflage. Nach des Verf.s Tod bearbeitet von R. Grashey (München). Mit 170 Taf. und 134 Textabbild. 152 S. Mk. 10,—. München, J. F. Lehmann, 1910.

Die vorliegende Auflage ist 13 Jahre nach Erscheinen der letzten Auflage herausgekommen. Sie bedeutet eine wesentliche Vermehrung des Textes und der

Abbildungen und ist bereichert durch die Erzeugnisse der fortschreitenden Erfahrungen und der technischen Hilfsmittel.

In der eingefügten Einleitung verbreitet sich der Herausgeber über Begriff, physikalische Wirkung und Einteilung der Verbände und gibt uns summarisch allgemeine Gesichtspunkte und praktische Winke an. Eine wesentliche Erleichterung für den Lernenden bedeutet im I. Teile der erklärende Text neben den ausgezeichneten Abbildungen und das Einfügen kleiner Abbildungen mit Nummerierung der Bindentouren.

Im II. Teile ist leider insofern eine Änderung getroffen, als die Tafeln sämtlich ans Ende des Buches gerückt sind. Der Sterilisierung des Verbandmaterials, den aseptischen und antiseptischen Verbänden ist breiterer Spielraum gewährt, die Wunddrainage und die Lagerung auf der schiefen Ebene mit Illustrationen ist eingefügt bzw. erweitert. Besonders berücksichtigt sind durch Gegenüberstellung die falschen und richtigen Notverbände bei Frakturen. Die Extensionsvorrichtungen haben eine eingehendere Abhandlung erfahren, neue Zelluloidverbände sind angeführt. Hinzugekommen sind schließlich Nabelbruchverbände, Leibbinden, Wärmeapplikationen und Schutzverbände mit zum Teil gelungenen Abbildungen.

Mithin ist dieser Band der Lehmann'schen medizinischen Handatlanten in seiner Neubearbeitung Studierenden und Ärzten wohl zu empfehlen.

Thom (Posen).

---

8) **E. Vidal (Angers). Recherches sur le mécanisme et le traitement des synkopes chloroformiques.** (Arch. génér. de chir. VI. 11 u. 12. 1910.)

Verf. gibt eine ausführliche kritische Schilderung des Mechanismus der tödlichen Narkosenzufälle bei Choroformnarkosen und betont die Notwendigkeit einer rationellen Therapie, die den physiopathologischen Tatsachen Rechnung trägt.

Die Unterscheidung zwischen Reflex- und Giftsynkope ist nicht berechtigt, da es sich bei beiden Formen um eine Giftwirkung des Chloroforms auf das Herz handelt. Dagegen muß man Synkope durch Respirationslähmung mit sekundärem Herzstillstand nach mehr oder minder langer Zeit und Synkope durch primären Herzstillstand bei gleichzeitiger Atemlähmung unterscheiden, weil die Genese und auch die Therapie bei beiden Zufällen verschieden ist.

Bei der Atmungssynkope kommt es zunächst nicht zur Herzlähmung, wenn es gelingt im Laufe von 4 Minuten die Blutzirkulation wieder in Gang zu bringen. Die Synkope ist durch eine Vergiftung des Atmungszentrums bedingt, das wegen seiner Affinität zum Chloroform bei einer Chloroformübersättigung des Blutes am ersten von allen Organen Intoxikation zeigen muß. Die Intoxikation bedingt Atmungsstillstand, der eine Verteidigungsmaßregel des Organismus darstellt, indem durch die behinderte Atmung die Weiterzufuhr und -Aufnahme des Chloroforms unmöglich gemacht wird. Eine Entgiftung des Blutes ist dadurch möglich, daß die Muskelsubstanz, noch nicht mit Chloroform gesättigt, einen Teil des im Blute aufgenommenen Chloroforms absorbieren kann, wodurch wiederum die Medulla oblongata entlastet wird. Ein weiteres Hilfsmittel im Kampfe gegen die Medullavergiftung ist der durch die Respirationslähmung bedingte Sauerstoffmangel im Blute, der an sich die Medulla zur Atmung reizt.

Die Therapie bei der primären Respirationslähmung in der Choroformnarkose

darf demzufolge zunächst einzig und allein darin bestehen, daß kein Chloroform weiter gegeben wird. Die natürlichen Hilfsmittel des Organismus sind dann imstande, die bestehende Vergiftung des Atmungszentrums aufzuheben. Die künstliche Atmung kann die Hilfsmaßregeln des Organismus unterstützen. Sauerstoffzufuhr ist schädlich, weil hierdurch Eupnoe bedingt wird, durch die die Chloroformelimination verzögert wird. Ebenso schadet bei sonst gesunden Menschen die Tieflagerung, da hierdurch das Blut verhindert wird, sich in der Muskulatur zu entgiften, und die Medulla mit noch chloroformhaltigem Blut überfüllt wird. Nur bei ausgebluteten Individuen mit starker Blutdrucksenkung ist die Tieflagerung angezeigt.

Bei Respirationslähmung mit nachfolgendem Herzstillstand, der trotz künstlicher Atmung nicht zu beheben ist, handelt es sich um eine Vergiftung des Herzens selbst, bei dem wiederum die nervösen Zentren eher der Giftwirkung unterliegen als der Muskel. Da sich eine Reflexwirkung hierbei mit aller Sicherheit ausschließen läßt — Verf. widerlegt die einzelnen Hypothesen durch beweisende Experimente —, muß die Behandlung dieser Form von Asphyxie das Herz selbst angreifen, um die Blutzirkulation wieder in Gang zu bringen. Die Massage des Herzens wird nur bei frühzeitigem Stillstand zu Beginn der Narkose Erfolg haben, weil hier noch nicht das ganze Blut mit Chloroform übersättigt ist und durch die Massage frisches, nicht mit Chloroform gesättigtes Blut in das Herz gelangt. Bei Herzstillstand nach längerer Narkose ist dagegen das Blut mit Chloroform gefüllt. Durch die einfache Druckwirkung der Massage kommt lediglich wieder anderes chloroformhaltiges Blut ins Herz, das so nicht entgiftet werden kann. Diese Entgiftung kann nur künstlich dadurch erreicht werden, daß 80—100 g Locke'scher Flüssigkeit[1] in eine große Arterie nahe dem Herzen injiziert werden. Gleichzeitig oder besser vorher muß ein Aderlaß von ca. 300 ccm gemacht werden, um das Herz zu entlasten und eine normale Systole anzubahnen (die Massage bedingt nie den natürlichen Blutkreislauf und -Austausch). Künstliche Atmung ist andauernd zu unterhalten, damit die Lunge jederzeit die erste Pulswelle aufnehmen und dem Blute Sauerstoff zuführen kann. Außerdem ist zu beachten, daß die Atmung immer später einsetzt als die Blutzirkulation (in Lauwer's Fall erst nach 4 Stunden), so daß die künstliche Atmung niemals vorzeitig aufgegeben werden darf.

Wenn Aderlaß und Injektion der Locke'schen Lösung nach 2 Minuten noch keinen natürlichen Herzschlag bedingt haben, soll das Herz 1 Minute lang rhythmisch vom Zwerchfell aus massiert werden (30mal in der Minute) und nach einer weiteren Wartezeit von 2 Minuten abermals 60 g Locke'scher Lösung injiziert werden.

Das von Crile angegebene Verfahren, den Blutdruck durch Luftinjektion in Abdomen und Extremitäten zu erhöhen, ist zu verwerfen, da es dem physiologischen Mechanismus des Herzstillstandes in der Chloroformnarkose nicht entspricht. Das Gleiche gilt für die Methode der Adrenalininjektionen, bei denen die energische Gefäßmuskelkontraktion unnütz ist, weil eine Systole in der Herzsynkope fehlt. Außerdem ist zu beachten, daß nach der Adrenalininjektion gewöhnlich auf die Kontraktion eine erhebliche Schwächung der Gefäßmuskulatur folgt.

Auch die Klapp'sche Narkose bei künstlich verkleinertem Kreislauf ist

[1] Natr. chlor. 9,0, Kal. chlor. 0,2, Kalc. chlor. 0,2, Natr. carb. 0,2, Glykose 1,0, Aqua dest. 1000,0. Sterilisiert, filtriert und bei Körpertemperatur verwendet.

nicht imstande, Narkosenasphyxien zu vermeiden. Im Gegenteil setzt sie die Sicherheitszone herab, da infolge des kleineren Kreislaufs schon viel geringere Chloroformmengen ausreichen, um eine tödliche Intoxikation der Medulla zu bedingen. Dagegen ist die Klapp'sche Narkose bei eingetretener Respirationslähmung insofern vorteilhaft, als große Mengen chloroformfreien Blutes in den Extremitäten sind, wodurch die natürliche Entgiftung der Medulla viel rascher vor sich gehen kann.

Die klaren, überzeugenden Darlegungen V.'s verdienen die Beachtung aller Chirurgen und Narkotiseure. M. Strauss (Nürnberg).

9) R. W. Collum. On the diet of a patient before operations under general anaesthesia. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 29.)

Als Berufsnarkotiseur fordert Verf. eine durchgreifende Änderung in der Vorbereitung von Kranken für eine Narkose. Das lange Aushungern vor dem Eingriff ist die Hauptursache für die lästigen und zuweilen gefährlichen Erscheinungen nach der Narkose. Man soll daher je nach dem Zeitpunkt der Operation und den Gewohnheiten des Kranken die Mahlzeiten auch vor einer Narkose innehalten, die Menge des Genossenen aber stark einschränken. Ganz besonders beschuldigt Verf. den Mangel an Flüssigkeitsaufnahme als Ursache für manche Narkosenwirkungen, insbesondere das erschwerte und qualvolle Würgen. Er ist sich bewußt, daß seine Ansichten starken Widerspruch erfahren werden, fordert aber auf Grund seiner Erfahrungen eine gründliche Umgestaltung der Narkosenvorbereitung und bringt allerlei bemerkenswerte Beobachtungen für seine Behauptungen bei. Weber (Dresden).

10) Lumbard. An improved method of general anesthesia in head-surgery by means of glass nasal tubes. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 15. 1910.)

In Fällen chirurgischer Eingriffe am Kopf, wo es wünschenswert ist, daß der Narkotiseur etwas abseits vom Operationsfelde bleibt, hat sich dem Verf. folgendes Verfahren gut bewährt.

Je ein am Ende umgebogenes und etwas kolbig erweitertes Glasröhrchen steckt mit diesem Ende im Nasenloch; am anderen Ende ist je ein Gummischlauch über das Röhrchen gezogen, beide Gummischläuche sind durch einen Pflasterstreifen über der Stirnhaut fixiert, so daß die Röhrchen nicht aus der Nase gleiten können; die zwei Schläuche stehen durch ein T-Rohr mit einem dickeren Schlauch in Verbindung, an dessen letztem Ende ein mit Mull bezogener Trichter sich befindet, auf den das Narkotikum aufgetropft wird ähnlich der Trendelenburgschen Vorrichtung. — Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

11) A. E. Johnson. A note on the combined use of spinal and general anaesthesia. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 3.)

Seitdem Crile vor kurzem dargetan hat, daß durch Furcht bestimmte Veränderungen in den Großhirnzellen eintreten, besteht eine wissenschaftliche Grundlage für die Forderung, den Einfluß der Furcht bei dazu neigenden Kranken vor der Operation auszuschalten. Daher empfiehlt J. auch bei der Rückenmarksbetäubung durch eine Narkose einzuschläfern, die gerade hinreichend ist, um diese Furchtwirkungen auszuschließen. Am besten eignet sich dazu die Lachgas-Sauerstoffnarkose. Weber (Dresden).

12) R. Schmidt (Wien). Interne Klinik der bösartigen Neubildungen der Bauchorgane. 352 S. Berlin, Urban & Schwatzenberg, 1911.

Das Buch enthält in seinem Hauptteil eine zusammenfassende Diagnostik der bösartigen Geschwülste der Bauchorgane. Bei der auf diesem Gebiet am wenigsten zu leugnenden Unzulänglichkeit der Erfolge unserer gebräuchlichen diagnostischen Methoden ist es dankbar zu begrüßen, daß der Verf. hier mit allem Rüstzeug des inneren Klinikers dem Problem der Frühdiagnose des Krebses nachgeht, daß er es vor allem in der klaren Absicht tut, aus eigener reicher Erfahrung heraus dem praktischen Arzt, an den der Kranke sich zuerst zu wenden pflegt, die Wege zu einer möglichst frühen und sicheren Diagnose zu zeigen. Die Versuche, der Frühdiagnose des Karzinoms durch spezifische Serumreaktionen näher zu kommen, haben bis jetzt zu keinem brauchbaren Ergebnis geführt, sind daher im Hinblick auf die Bestimmung des Buches unberücksichtigt geblieben. Um so eingehender ist die in einem einleitenden allgemeinen Teil gegebene Darstellung der in langjähriger Erfahrung sehr verfeinerten Methoden der äußeren und inneren Untersuchung. Eine Menge diagnostisch wertvoller Einzelheiten birgt auch die ausführliche Besprechung des chemischen Blutnachweises im Kot, die Erörterung der Magenflora, im besonderen der Milchsäurebazillenvegetation im Mageninhalt, die Bewertung von Ehrlich's Aldehyd- und Diazoreaktion des Harns, der Kachexie und anderer bald mehr, bald minder ausgeprägter allgemeiner Symptome. Weit weniger verläßlich als die üblichen klinischen Untersuchungsmethoden erwies sich, selbst bei ausgebildetster Technik, das Röntgenverfahren; zum mindesten ist die Warnung vor oft gehegten übertriebenen Erwartungen ebenso gerechtfertigt, wie das Mißtrauen gegen die Beweiskraft etwaiger positiver Befunde. — In dem umfangreicheren speziellen Teil enthält das Werk sehr sorgfältige und durchweg auf exakteste Krankenbeobachtung gegründete symptomatologische Einzeldarstellungen vom Krebs des Magens, des Dickdarms, des Pankreas, der Leber und der Gallenblase, von den bösartigen Geschwülsten der Niere und schließlich noch von den selteneren übrigen bösartigen Geschwulstformen des Darmes und der anderen Bauchorgane. In praktischer Beziehung gewinnen S.'s Ausführungen dadurch an Wert, daß er in diesem Teil sowohl, wie in den in einem umfangreichen Anhange beigegebenen zahlreichen Krankengeschichten nach Möglichkeit den zuerst sich geltend machenden Symptomen, dann aber auch den meist nicht genügend berücksichtigten subjektiven Störungen nachgeht, die frühdiagnostisch ohne Zweifel von erheblichem Wert sind und zeitlich den ersten objektiven Symptomen jedenfalls oft genug weit vorauseilen können. Bei der ausführlichen Sorgfalt, die S. auf das Ergebnis der mehr oder minder verläßlichen physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden verwendet, mit der er nach Verdachtsmomenten, nach Begleitsymptomen in anderen Organsystemen, nach Konstitutionsanomalien und vielem anderen fahndet, muß man sich wundern, daß er ein so souveränes diagnostisches Verfahren wie die Probelaparotomie völlig unerwähnt läßt. Die notwendigen differentialdiagnostischen Erörterungen bringen es mit sich, daß eine Menge andersartiger, nicht bösartiger Prozesse mit in Betracht gezogen werden, daß das Buch so, bis zu einem gewissen Grade wenigstens, den Charakter einer Diagnostik der Baucherkrankungen überhaupt erlangt. Über diese rein praktischen Fragen hinaus beschäftigt den Verf. aber auch das Krebsproblem als solches. Je unwahrscheinlicher die parasitäre Ätiologie des Krebses wird, desto ferner erscheint S. die Wahrscheinlichkeit, daß das Krebsproblem je seine Lösung im Laboratorium finden wird, desto näher vielmehr die

---

Annahme, daß mit der fortschreitenden Erkenntnis des Zusammenhangs konstitutioneller und hereditärer Einflüsse, äußerer Schädlichkeiten u. ä. mit der Entstehung des Krebses auch das Problem seiner Ursache der Lösung näher kommen wird. Auch wer dem Verf. auf diesem Gebiete nicht überall hin folgen mag, wird manchem begegnen, das Beachtung verdient. Im ganzen aber birgt das Buch eine Fülle feiner fleißiger Beobachtungen, deren Studium zur Schulung nur empfohlen werden kann. W. Goebel (Köln).

---

13) F. v. Winiwarter. Kasuistische Mitteilungen über Pfählung. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 35.)

v. W. hat einen Fall von intraperitonealer Pfählung mit glücklichem Ausgange operiert. Ein Zaunstecken war durch den Mastdarm in den Douglas vorgedrungen, hatte Mesenterium und Dünndarm verletzt. Bei Einlieferung 18 Stunden nach der Verletzung bestand Peritonitis bei ziemlich gutem Allgemeinbefinden, anscheinend weil durch den Wundkanal guter Abfluß nach unten stattgefunden hatte. Nach Einführung einer dicken Steinsonde durch den Wundkanal Laparotomie, Versorgung der Verletzungen, gründliche Ausspülung, Durchziehen eines dicken Drains mit Hilfe der noch liegenden Sonde. Sehr glatter Verlauf. Im Anschluß berichtet Verf. über zwei frühere Fälle: Pfählung bis in die rechte Brusthöhle mit Verletzung von Blase, Dünndarm, Mesenterium, Leber, Zwerchfell; Rippenfraktur, Hautemphysem. Operation. Tod 24 Stunden nach der Verletzung an Peritonitis. Zweitens eine Pfählung mit Verletzung der Blase, Mastdarmzerreißung und Darmquetschung. Tod am Abend des Operationstages hauptsächlich an doppelseitiger Pneumonie. Renner (Breslau).

---

14) Conner. The visceral anesthesias of tabes dorsalis in relation to the diagnosis of acute inflammatory conditions in the abdomen. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 17. 1910.)

Ein 42 Jahre alter Tabiker mit beginnender Ataxie erkrankte mit Fieber und Schüttelfrösten, bekam dann Erbrechen, wurde septisch und starb, ohne daß es gelang, den Krankheitsherd festzustellen; insbesondere war der Leib stets weich, leicht durchzutasten, überall stets unempfindlich gegen Druck; eine mäßige Anschwellung fand sich zwar in der rechten, aber auch in der linken Unterbauchgegend, indes stets unempfindlich.

Die Obduktion ergab, daß Pat. an akuter gangränöser Appendicitis mit Perforation gestorben war, die aber wegen Gefühllosigkeit der Bauchorgane infolge der Tabes symptomlos verlaufen war. W. v. Brunn (Rostock).

---

15) L. Arzt. Zur Kenntnis der Pneumatosis cystoides des Menschen. (Frankf. Zeitschrift f. Path. Bd. VI. Hft. 1.)

Zwei am Lebenden beobachtete Fälle von Pneumatosis cystoides. Der erste betraf ein 13jähriges Mädchen, das unter der Diagnose Peritonitis tuberculosa laparotomiert wurde. Der ganze Dünndarm, Blind- und aufsteigende Dickdarm waren besät mit zahlreichen bis haselnußgroßen gashaltigen Bläschen. Bei einer zweiten Laparotomie nach einigen Wochen fand sich Gasansammlung in der freien Bauchhöhle; später fand nach zweimal Entleerung von 1 Liter Gas durch Punktion statt. Heilung nach einem Vierteljahre.

Der zweite Fall betraf einen 30jährigen Mann, bei dem wegen Pylorusstenose eine Gastroenteroanastomose ausgeführt wurde; das große Netz und die Därme

waren von einer Unzahl gashaltiger Blasen besetzt. Heilung und Gewichtszunahme.

Das Gas brannte mit blauer Flamme und bestand aus CO_2 4%, O 15,4%, N und H 80,6%. Histologisch lagen die Blasen im subserösen Gewebe und enthielten zahlreiche Riesenzellen. A. hält die Erkrankung für identisch mit dem Mesenterialemphysem der Schweine. Trappe (Breslau).

---

16) **Clairmont und v. Haberer. Gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

Bei einer Operation eines Steinverschlusses des Ductus choledochus fanden die Verff. eine Peritonitis mit starker Gallenbeimischung vor; die Bauchhaut war auffallend ikterisch verfärbt, viel intensiver gelb als die übrige Körperhaut und die Skleren. Der Kranke erlag der Peritonitis. Auch bei der Autopsie ließ sich an den Gallenwegen keine Perforation oder auch nur eine Stelle finden, die der Wanddurchlässigkeit verdächtig erschien; nirgends ein Geschwür, nirgends eine Verletzung der Schleimhaut. Auch bei Tieren nach Unterbindung des Choledochus fanden die Verff. oft außerordentlich reichliche gallige Flüssigkeit im Bauch und einen intensiven Ikterus der Bauchdecken, während die übrige Haut und Muskulatur keine oder nur geringe ikterische Färbung zeigten; eine Perforation der Gallenwege bestand nicht.

Dies eigentümliche Verhalten erklären die Verff. so, daß durch einen pathologischen Prozeß der Gallenwege, der sich der makroskopischen Beobachtung vollständig entzieht, eine abbnorme Durchlässigkeit der Wände der Gallenwege entsteht, die eine Durchwanderung, eine Art Filtrationsvorgang ermöglicht.

Haeckel (Stettin).

---

17) **H. Schmid. Weiterer Bericht über die Erfolge der chirurgischen Behandlung der diffusen Bauchfellentzündung.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

S. beginnt seine Arbeit mit der Erklärung der auffälligen Tatsache, daß die Mortalitätsstatistiken bei diffuser Peritonitis so sehr voneinander abweichen, daß einzelne nur eine Sterblichkeit von 5—10%, andere eine solche von 40% berechnen. Er glaubt wohl mit Recht, daß diese Tatsache, abgesehen von lokalen Verhältnissen, ihren Hauptgrund darin hat, daß die Auffassung über diffuse Peritonitis bei den verschiedenen Autoren eine sehr verschiedene ist; und man wird ihm beipflichten können, daß die Hoffnung auf eine Einigung über den Begriff »diffuse Peritonitis« aussichtslos ist. Auf Körte's chirurgischer Abteilung in Berlin wurden vom 1. April 1907 bis 1. Juni 1910 458 diffuse Peritonitiden mit 263 Heilungen und 195 Todesfällen operiert, d. h. mit einer Mortalität von 42,5% im allgemeinen und mit einer Mortalität von 40,7% für die Wurmfortsatzperitonitiden.

Bezüglich der Diagnose der Peritonitis betont Verf. die häufigen Schwierigkeiten, die darin bestehen, daß fast jedes der bekannten Symptome gelegentlich fehlen kann. Die Abgrenzung gegen andere Krankheiten, wie Darmverschluß, geplatzte Tubarschwangerschaft, Hysterie, Typhus usw., ist wohl manchmal schwierig, bei einiger Erfahrung ist es aber doch ziemlich selten, daß man Irrtümer begeht. Schwierig ist es auch bei ausgesprochener Bauchfellentzündung, die Ätiologie anzugeben; bei solchen zweifelhaften Fällen ist es ratsam, einen Medianschnitt zu machen von etwa 10 cm Länge, dessen Mittelpunkt der Nabel ist. Von

hier aus kann man durch geeignete Verlängerung des Schnittes alle in Betracht kommenden Organe erreichen. Was die Wurmfortsatzperitonitis betrifft, so ist bei ihr evident, wie enorm die Mortalität des operativen Eingriffs mit der Zahl der Tage seit Beginn der Erkrankung steigt. Während sie bei dem vorliegenden Material am 1. Tage 10% beträgt, steigt sie auf 21 und 31 am 2. bzw. 3. Tage und auf 59% am 4. Tage. Als Schnitt für die Wurmfortsatzperitonitiden wird der schräge Schnitt parallel dem Beckenrand unter scharfer Durchtrennung der Muskeln empfohlen. Was die Frage betrifft, ob man die Bauchhöhle ausspülen oder den Eiter forttupfen soll, so zeigte sich im ganzen bei dem Material, an dem beide Methoden ergiebig geprüft wurden, die Überlegenheit der Spülung besonders bei den Spätoperationen. Auch hatte man den Eindruck, daß die Spülung sehr gut auf das Allgemeinbefinden wirkt. Zur Drainage werden nur Gummirohre, dagegen keine Gazestreifen mehr verwendet. Das Fortlassen der Drainage überhaupt wird verworfen, da man damit üble Erfahrungen, nachträglichen Durchbruch von Eiter, später notwendig werdende Abszeßeröffnungen unter viel schwierigeren Umständen und dergleichen erlebt hat. Bezüglich der Bauchdeckennaht wird verschieden verfahren. Im Frühstadium der Peritonitis bis zum 3. Tage wurde die Naht sämtlicher Etagen mit Ausnahme der Haut ausgeführt, in späteren Stadien und bei jauchigen Fällen wurden nur Bauchfell und Fascia transversa genäht, die anderen Schichten aber offen gelassen.

Weiterhin werden in der Arbeit noch die Peritonitiden besprochen, die durch Perforation anderer Organe verursacht sind. Von den Magen- und Duodenumperforationen gilt, daß sie um so günstigere Heilaussichten bieten, je früher die Operation einsetzt. Von den innerhalb der ersten 12 Stunden Operierten starb überhaupt keiner. Schlechtere Prognose geben die Durchbrüche von Dünn- und Dickdarm, und auch die Perforation der Gallenblase hatte eine Sterblichkeit von 50%. Die Enterostomie wurde nur in den schwersten Fällen vorgenommen. Bei vollkommener Darmlähmung versagte sie jedoch, während sie in einzelnen schweren Fällen von nicht völliger Darmparese, bei Erhaltung der Peristaltik in größeren Darmpartien gute Dienste tat. Den Hauptfortschritt der Peritonitisbehandlung sieht Verf. in der Frühoperation derjenigen Erkrankungen, welche am häufigsten zur Bauchfellentzündung führen, besonders also der Appendicitis.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

18) **K. Kolb. Beitrag zur postoperativen Peritonitisprophylaxe mittels Kampferöl.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 35.)

Im Basler Frauenspital (v. Herff) wurde bei 79 Laparotomien während der Operation je bis 50 ccm Öl prophylaktisch in die Bauchhöhle gebracht. 53mal betraf es Fälle, bei denen das Peritoneum bei der Operation infiziert wurde oder sein konnte. Nur einer starb an postoperativer Peritonitis; die Mortalität ist also als nicht ungünstig zu bezeichnen. Weichteileiterungen traten trotz Kampferöl in vier Fällen auf. — In der Klinik angestellte Tierversuche bestätigen, daß Kampferöl am besten wirkt, wenn es einige Zeit vor der Operation angewandt wird. Während der Operation versagt es bei hoher Keimvirulenz.

A. Wettstein (Winterthur).

19) Pikin. Ein Fall von Pseudomyxom des Bauchfells nach Appendicitis. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Die Kranke kam unter der Diagnose Appendicitis und Salpingitis zur Operation. Bauchfell, Blinddarm und benachbarte Darmteile sind mit Gallertmasse bedeckt. Der rechte Eierstock cystisch degeneriert, der Wurmfortsatz an der Basis cystisch erweitert.

Es handelte sich um eine Cyste des Wurmfortsatzes, deren Inhalt durch eine Perforationsöffnung in die freie Bauchhöhle ausgeschieden wurde.

Deetz (Arolsen).

---

20) G. Cagnetto. Über einen eigentümlichen Befund bei Appendicitis. (Virchow's Archiv Bd. CXCVIII. p. 193.)

Bei einer 70jährigen Frau, die an einer Pleuritis gestorben war, fanden sich im stark erweiterten Proc. vermiformis zu hunderten traubenförmig gruppiert bläschenförmige Gebilde auf der Schleimhaut. Die Abgangsstelle des Wurms vom Blinddarm war verschlossen. Die genaue mikroskopische Untersuchung der Bläschen, die makroskopisch den Verdacht erweckten, sie seien parasitärer Natur, bestätigte diesen Verdacht nicht. Sie ergab, daß die Bläschen, die keine eigene Wand besaßen, gänzlich aus Schleim und aus spärlichen, ordnungslosen, zum Teil epithelialen, zum Teil leukocytären Elementen bestanden. Mit echten Cysten hatten sie daher nichts zu tun. Ihre große Menge ist ein sicheres Merkmal des langen Ausscheidungsvermögens der Schleimdrüsen auch nach Verschluß der Mündung des Wurms in den Blinddarm. Ein Analogon für seine Beobachtung konnte Verf. in der ihm zugänglichen Literatur nicht finden.

Doering (Göttingen).

---

21) Heile. Über bakteriologische Untersuchungen zur Klärung der Pathogenese der Appendicitis. (Zentralblatt für Bakt. usw. Bd. LVI. Hft. 3 u. 4. 1910.)

Auf Grund früherer experimenteller Untersuchungen ist H. zu der Überzeugung gekommen, daß alle Appendicitisformen mit einer mechanischen Verhaltung von Kot oder Bakterien in der Lichtung des Wurmfortsatzes beginnen. Erst dieser Abschluß, der durch Schleimhautschwellungen verschiedenen Ursprungs u. ä. bedingt ist, führt zu entzündlichen Veränderungen des Wurms, zum Empyem und zu abgegrenzten Eiterungen in seiner Umgebung. Kommt es aber unter dem Einfluß von Fäulniserregern aus dem Kote zu nekrotisierenden Prozessen in der entzündlich schon schwer geschädigten Wand des Wurms, so führt die akut fortschreitende Fäulnis, das Charakteristikum der destruierenden Wurmfortsatzentzündungen, schnell zur jauchig-eitrigen freien Peritonitis. H. hat 60 Appendicitisfälle bakteriologisch untersucht und in dem Ergebnis die Bestätigung seiner pathogenetischen Anschauungen gefunden. Eine spezifische Bakterienart fand sich nie. Bei den lokalisierten Eiterungen im und um den Processus handelte es sich nur um eine einzelne Keimart, um Streptokokken, seltener auch um Colibazillen, nie aber um Fäulniserreger. Bei allen übrigen Erkrankungsformen aber, zumal bei den mit Wandzerstörungen des Wurms und sekundärer Peritonitis einhergehenden Prozessen fand sich stets eine Menge der verschiedensten Bakterien; fast immer waren Colibazillen vertreten, nächst ihnen in 50% der Fälle Streptokokken, in geringeren Prozentverhältnissen auch Diplokokken, Proteus, der Bac. pyocyaneus u. a. Der Nachweis anaerober Keime, deren ätio-

logische Bedeutung von anderen Autoren gerade in letzter Zeit besonders betont wurde, gelang H. nur in zwei Fällen seines ganzen Materials. Er glaubt daher ihnen keine ausschlaggebende Rolle bei der Entstehung der Appendicitis zuschreiben zu können. In 40% seiner Fälle und fast immer bei den schweren Formen fand sich ein bisher noch nicht beachteter starker Fäulniserreger, ein sporentragendes Stäbchen, das in seinen morphologischen Eigenschaften von H. eingehend beschrieben und der Gruppe des Bac. mesentericus vulgatus zugerechnet wird.

W. Goebel (Köln).

---

22) Finocchiaro de Meo. Phénoménes nerveux réflexes de l'appareil urinaire dans les appendicites. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 23. 1910.)

Außer zwei eigenen Beobachtungen teilt Verf. noch einige Fälle von Giordano, Luxardo und Cassanello mit, aus denen hervorgeht, daß Appendicitiden vorkommen, deren Anfangssymptome — Nierenkoliken, Schmerzen beim Urinieren, Blasentenesmus, Cystalgie, Brennen in der Harnröhre, Priapismus — anscheinend auf Erkrankungen des Urogenitalsystems hinweisen. Diesen Symptomen liegen aber keine pathologisch-anatomischen Veränderungen zugrunde (Symptômes extrinsèques). Diese Harnsymptome lassen sich leicht erklären durch die Reizung, die der entzündliche appendikuläre Prozeß auf die Nervengeflechte der Nieren, der Blase, des Hypogastrium und der Schamteile ausübt (Réflexe vésico-urétéro-appendiculaire; réflexe appendiculo-vésico-honteux). Sie können unter Umständen als diagnostische Anhaltspunkte für eine frühzeitige Diagnose der Appendicitis benutzt werden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

23) W. P. Obraszow. Über Perisigmoiditis und Beckenformen der Appendicitis. (Praktitschewski Wratsch 1910. Nr. 47 u. 48.)

Das Infiltrat bei der Perisigmoiditis (appendikulären, traumatischen oder tuberkulösen Ursprungs) kann folgende Formen haben: 1) Als horizontaler nach links ziehender Wall über der Symphyse; 2) als Dreieck über der letzteren, dessen Spitze in der Gegend des rechten M. rectus 1—2 Finger unter dem Nabel liegt; endlich 3) als birnenförmige, die Blase vortäuschende Geschwulst über der Symphyse, die bis zum Nabel reicht. In einem Falle von tuberkulöser Perisigmoiditis zog die Grenze des Infiltrates schräg von links oben unter den Rippen nach unten rechts in die rechte Fossa iliaca. Hier bildete also das Dünndarmmesenterium die rechte Grenze des Exsudats (5 Figuren zeigen diese Formen).

Gückel (Kirssanow).

---

24) Guiseppe Palazzo. Sul processo di chiusura del canale vagino-peritoneale. (Giorn. intern. delle scienze med. 1910. Fasc. 24.)

An dem Processus vaginalis fand Verf. die verschiedensten Formen: Ringform, zirkuläre, in der Lichtung fluktuierende Membranen, Sanduhrformen. Das Gewebe der Ringe und Membranen, das von tiefen Furchen umgeben wird, erwies sich mikroskopisch aus Gefäßen und zellreichem Bindegewebe bestehend. Auch an einzelnen anderen Stellen war der Reichtum an jungen Bindegewebszellen und Lymphocyten besonders stark. An anderen Stellen wieder war eine bedeutende Endothelwucherung vorhanden. Alle diese Prozesse erklären den Vorgang des Verschlusses des Processus vagino-peritonealis.

Dreyer (Köln).

---

25) **C. Mantelli (Torino). Contributo allo studio dell ernia inguinale obliqua interna o vescico pubica.** (Policlinico, sez. chir. XVII. 7. u. 8. 1910.)

In einer kurzen Monographie über die Hernia inguinalis obliqua interna betont Verf., daß diese Bruchform nicht so selten ist, als aus der Zahl der bisher veröffentlichten Fälle (38) hervorzugehen scheint. Er führt weitere vier selbstbeobachtete Fälle an und berichtet dann ausführlich über Anatomie, Pathologie und Pathogenese des in Frage stehenden Bruches. Für den Mechanismus der Entstehung kommt mangelhafte Entwicklung im Bereiche des Musc. obliquus internus oder des Ligamentum inguinale reflexum in Betracht. Auch präperitoneale pendelnde Lipome sind zu berücksichtigen.

Für die Symptomatologie und Diagnose kommen die häufigen Einklemmungserscheinungen und Strangurie, die Richtung des Bruchsackhalses schräg nach hinten und unten, die Begrenzung durch den Außenrand des Rectus, das Freisein des Leistenkanals und das Fehlen des Pulses der Arteria epigastrica nach außen vom Bruchsackhals in Betracht. In einem Falle konnte cystoskopisch entsprechend der Fossa inguinalis supravesicalis eine Hervorwölbung der Blasenwand festgestellt werden. M. Strauss (Nürnberg).

26) **R. Felten. Über Blasenhernien.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

F. beschreibt nach einer Schilderung der Symptomatologie und Therapie der Blasenhernien im allgemeinen drei selbst beobachtete Fälle dieser Bruchform. Zweimal handelte es sich um operative Verletzung der im Bruchinhalt liegenden Blase, einmal um eine Gewebsschädigung der eingeklemmten Blasenwand. Alle drei Pat. wurden unter entsprechender Behandlung völlig geheilt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

27) **Schumacher (Zürich). Zur Kasuistik der Fremdkörper im Bruchdarm.** (Schweiz. Rundschau für Medizin 1910. Nr. 52.)

In einem rechtseitigen eingeklemmten Leistenbruch fand S. einen 5 cm langen, 3 cm breiten hörnernen Zahnstocher, der bis auf ein kurzes, noch in der Darmwand steckendes Ende den Darm vollkommen verlassen hatte. Einen Monat früher war einmal durch den After rotes Blut abgegangen, sonst hat Pat. bis zur Einklemmung nie Bauchbeschwerden gehabt. — Trotz den günstigen Vorbedingungen sind bisher erst 35 Fälle von Fremdkörpern im Bruchdarm mitgeteilt worden.

A. Wettstein (Winterthur).

28) **H. Riem. Über das Schicksal von eingenähten Silberdrahtnetzen zum Verschluß von Bruchpforten.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

R. hat Nachforschungen über diejenigen Pat. angestellt, denen von Körte wegen größerer Hernien Silberdrahtnetze eingepflanzt worden waren. Im ganzen konnten zehn Fälle nachuntersucht werden, bei denen die Operation zum Teil bis zu 8 Jahren zurückliegt. Im großen und ganzen sind die Erfahrungen, die man mit den Silberdrahtnetzen gemacht hat, keine hervorragend guten. Einigemal mußte das Netz wegen starker, trotz bester Asepsis eingetretener Gewebsreizung wieder entfernt werden, und das ist nicht immer leicht, da es oft in dicke Bindegewebsschwarten eingebettet ist. Auch hat es sich als ein großer Mißstand heraus-

gestellt, daß die Silberdrahtschlingen durch die Körpersäfte brüchig gemacht werden, so daß die freien spitzen Drahtenden gefährlich werden können. So verlieren natürlich die Netze durch das Zerbrechen der Spangen auch an Festigkeit, und da sie außerdem auch noch wandern, d. h. sich von der Stelle, wo sie eingepflanzt sind, fortbewegen können, ist der Wert für die Dauerheilung einer Hernie ein sehr fragwürdiger. Verf. will deswegen das Drahtnetz bloß für diejenigen Fälle reserviert wissen, wo die Trendelenburg'sche Knocheneinlagerung nicht angängig ist, wie bei älteren, dekrepiden Personen mit atrophischen Knochen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

29) Wiener. Silver wire and linen thread for the cure of hernia. (Annals of surgery 1910. November.)

Verf. spricht sich scharf gegen die Verwendung von chromiertem Catgut bei den Operationen von Leisten- usw. Brüchen aus. Dasselbe werde zu schnell resorbiert und gefährde daher den Erfolg der Operation. Als ideales Material für versenkte Nähte empfiehlt er Flachsfasern; bei Bruchrezidiven will er jedoch nur Silberdraht verwandt wissen. Sehr eingenommen ist er auch bei großen Bruchpforten für das Einnähen Goepel'scher Silberfadennetze.

Herhold (Brandenburg).

---

30) Chauning C. Simmons. A report on the hundred and seventy-two patients treated at the Massachusetts general hospital for inguinal hernia in the year 1905 with the end result of the operations. (Publications of the Massachusetts general hospital Vol. III. Nr. 2. 1910. Oktober.)

Der Gegenstand ist aus dem Titel ersichtlich.

In der Regel wurde nach Bassini operiert; unter 113 Fällen trat 8mal ein Rezidiv in der Zeit von 1 bis 14 Monaten auf.

Die Operation nach Ferguson, die sich von der obigen dadurch unterscheidet, daß der Samenstrang nicht verlagert wird, ergab unter 18 Fällen 3 Rezidive.

Die Anwendung von resorbierbarem oder nicht resorbierbarem Nahtmaterial ließ keine Unterschiede in den Resultaten erkennen.

Ein Fall ging an postoperativer Peritonitis zugrunde. Störungen der lokalen Wundheilung waren in stärkerem Grade 2mal, in geringerem 15mal zu verzeichnen.

6mal bildeten sich Hämatome; in 14 Fällen wurde eine Orchitis beobachtet.

Alle Rezidivfälle waren mit prima intentio geheilt gewesen.

E. Melchior (Breslau).

---

31) Murray. Is the sack of a femoral hernia of congenital origin or aquired? (Annals of surgery 1910. November.)

M. glaubt, daß auch der Schenkelbruch in den meisten Fällen kongenitalen Ursprungs ist, d. h., daß immer bereits ein vorgebildetes peritoneales Divertikel vorhanden ist, in welches sich gelegentlich der Darminhalt einstülpt. Folgende Beweisgründe führt er an: 1) Er vermochte aus der Literatur 104 Fälle zu sammeln, in welchen der Schenkelbruch bei Kindern unter 15 Jahren eingetreten war; in 52 dieser Fälle wurde der Bruch zwischen 1. und 10. Lebensjahre bemerkt. Auch doppelseitige Schenkelbrüche wurden bei Kindern beobachtet. 2) Bei Frauen kommt der Schenkelbruch meist im Alter zwischen 21 und 45 Jahren vor. Es beruht dies darauf, daß durch das Breiterwerden des Beckens auch die Weitung

eines etwa vorhandenen peritonealen Divertikels eintritt. 3) Schenkelbrüche rezidivieren sehr selten nach Operationen, weil durch Beseitigung des angeborenen Sackes die Ursache ausgeschaltet wird. Ein ganz sicheres Zeichen eines angeborenen Schenkelbruches ist beim Manne das Vorkommen von Muskelbündeln im Bruchsack; denn das weist darauf hin, daß eine Abzweigung vom Lig. Gubernaculi nach der Schenkelgegend stattgefunden hat. Herhold (Brandenburg).

---

32) E. Ringrose. A case of diaphragmatic hernia in an adult. (Brit. med. journ. 1910. November 26.)

Kurzer Bericht über Krankheitsverlauf und Sektionsergebnis bei einer 26jährigen Frau, bei der als Folge der allmählich zunehmenden Raumverengerung im Bauch durch Schwangerschaft der größte Teil des Magens, $^1/_4$ der Dünndärme und ein Teil des Netzes durch eine angeborene Spaltöffnung des linken Zwerchfellteils in den Brustkorb hinübergewandert waren. Der Magen hatte sich bei dieser Wanderung um seine Längsachse gedreht, so daß die hintere Fläche zur vorderen, die untere Kurvatur zur oberen geworden war. 3 Tage vor dem Tode wurde ein 7-Monatskind geboren, aber die verlagerten Baucheingeweide wurden dadurch nicht zurückgebracht. Abbildung. Weber (Dresden).

---

33) Arthur Keith. Remarks on diaphragmatic herniae. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 29.)

Verf. bespricht kurz 34 von ihm untersuchte, in den Sammlungen Londoner Krankenhäuser vorhandener Präparate von Zwerchfellbrüchen. Von diesen waren 26 angeboren, 8 erworben. Die angeborenen betrafen in der Mehrzahl der Fälle entwicklungsgeschichtlich begründetete, aus uns unbekannter Ursache offen gebliebene Spalten am hinteren Umfang der beiden Zwerchfellkuppen. Der Spalt auf der linken Seite ist wesentlich größer als der auf der rechten. Dementsprechend finden sich hier 17 Brüche gegen 4 auf der rechten Seite. Die Arbeit hat vorwiegend anatomische Bedeutung. Weber (Dresden).

---

34) W. Wallace and J. Allen (Syracuse). Intraperitoneal hernia. A case. (Buffalo med. journ. Vol. LXVI. Nr. 6. 1911.)

35jähriger Mann mit seit Jahren bestehenden schweren Kolikanfällen in der rechten Unterbauchgegend. Die bei der Probelaparotomie am Wurmfortsatz gefundenen leichten entzündlichen Veränderungen schienen zur Erklärung des Symptomenbildes nicht auszureichen. Die weitere Absuchung der Bauchhöhle ergab, daß der gesamte Dünndarm mit Ausnahme eines kurzen Anfangs- und Endteils in einen retroperitonealen Bruchsack, der der Fossa duodenalis inferior entsprach, verlagert war. Der Bruchsack hing frei und gestielt an der hinteren Bauchwand, dicht unterhalb der Flexura duodeno-jejunalis entspringend. Der durch eine doppelte Lage von Bauchfell gebildete Bruchsack wurde nach Entleerung des Inhalts abgebunden und entfernt. Glatte Heilung (2 Abbildungen). Mohr (Bielefeld).

---

35) Hans Mueller. Die Hernia mesenterico-parietalis (parajejunalis). (Frankf. Zeitschrift für Path. Bd. VI. Hft. 1.)

Eingehende Besprechung der von Treitz als »Hernia retroperitonealis«, von Broesike genauer als »Hernia mesenterico-parietalis parajejunalis« bezeichneten chronischen Lageanomalie der Baucheingeweide.

Beschreibung zweier neuer, unter Ileuserscheinungen verstorbener Fälle und Theorie über den Entstehungsmodus. Trappe (Breslau).

---

36) Barclay. Gastric radioscopy. (Arch. of the Roentgen ray Nr. 123.)

Die Magenform, welche wir bei der Röntgenuntersuchung sehen, weicht wesentlich von der des Toten oder Betäubten ab. Auch Untersuchung im Stehen und Liegen gibt sehr verschiedene Gestalt, so daß es nicht leicht ist, eine »Normal«-Form festzustellen. B. selbst hält die »J«-Form für die häufigste. — Beim Einfließen der Wismutmahlzeit gibt es verschiedene Bilder, je nachdem der Magen ganz leer ist und die Wände aneinanderliegen oder schon mit anderem Inhalt gefüllt ist. Im ersteren Falle fließt das Wismut in breitem Strom, im letzteren bilden sich in dem anderen (unsichtbaren) Inhalt dicke Tropfen, die langsam untersinken. — Verf. bespricht dann die Befunde bei einzelnen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung von Fehlerquellen. Von Einzelheiten sei noch folgendes hervorgehoben: Bei Pylorusstenose macht B. den chirurgischen Eingriff abhängig von der Verweilzeit der Wismutmahlzeit. Bei 10 Stunden und darunter kann der Kranke meistens noch beschwerdefrei leben unter Anwendung entsprechender Diät; liegt die Mahlzeit trotz medikamentöser und sonstiger Behandlung noch nach 24 Stunden im Magen, so ist der Eingriff angezeigt. Für eine Erkrankung des Duodenum (Geschwür) soll auffällig schnelle Entleerung des Magens und ein jenseits des Pylorus liegender Schatten sprechen, welcher durch die Magenperistaltik nicht beeinflußt wird. Magengeschwüre will B. durch Wismutschatten an ihrem Sitz erkannt haben. Trapp (Riesenburg).

---

37) C. Bolton. The influence of diet upon the formation and healing of acute ulcer of the stomach. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 24.)

Frühere Versuche, in denen er durch Einspritzung seines in bestimmter Weise gewonnenen gastrotoxischen Serums in die Magenwand typische Geschwüre erzeugte, hatten ihm folgendes ergeben: Die Entstehung der Geschwüre ist abhängig von der Anwesenheit von Salzsäure, auch ihre Größe steht in Beziehung zur Menge der abgeschiedenen Salzsäure. Ihre Heilung ist nicht abhängig von der Menge an Säure, sondern von der normalen Entleerungsfähigkeit des Magens. B. konnte diese Ergebnisse bestätigen durch neue Versuche an Katzen und zieht folgende Schlüsse: Bei reiner Milchkost heilen die Geschwüre bedeutend schneller als bei Fleischkost. Bei letzterer wird die Heilung verzögert durch Nekrotisierung der basalen Granulationen. Hungerkur ist zur Heilung des Geschwürs nicht nötig, wohl aber die Verabreichung einer Kost, die den Magen bald wieder verläßt. Weber (Dresden).

---

38) Adler. The diagnosis of ulcer of the stomach and duodenum by the roentgen ray. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 20. 1910.)

Gibt man in den leeren Magen des Pat. kohlensaures Wismut in Wasser und macht 4—6 Stunden später eine Röntgenaufnahme, so treten Geschwüre im Magen und Duodenum, in denen das Wismut sich abgelagert hat, sehr deutlich als dunkle Flecke hervor, wie Verf. an einer Anzahl von Photographien demonstriert. Wird danach wiederum eine gleiche Dosis Wismut verabreicht und sofort eine zweite Aufnahme angefertigt, die nun die Größe des Magens und seine Lage zeigt, so

kann man die Situation des Geschwürs durch einen Vergleich der zwei Aufnahmen bestimmen. W. v. Brunn (Rostock).

---

39) S. Jonas. Über das Ermüdungsstadium der Pylorusstenose und seine Therapie. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 31.)

Zwischen der kompensierten an Symptomen armen und der inkompensierten, schon klinisch genügend charakterisierten Pylorusstenose gibt es Übergänge, von Boas als relative Stenose, von J. als »Ermüdungsstadium« bezeichnet. Klinisch läßt es sich von dem der kompleten Stenose oft kaum unterscheiden, da bei gewöhnlicher Kost auch bei ihm Rückstände und Erbrechen auftreten; radiologisch ist jedoch der Unterschied feststellbar, indem sich der Magen bei Riederscher Mahlzeit als nicht hochgradig gedehnt und befähigt zeigt, diesen Inhalt in ziemlich normaler Zeit auszutreiben, was beides bei inkompensierter Stenose nicht mehr der Fall ist. Die therapeutischen Schlußfolgerungen sind nicht von chirurgischem Interesse. Renner (Breslau).

---

40) E. A. Codmann. The diagnosis of ulcer of the duodenum. (Publications of the Massachusetts general hospital Vol. III. Nr. 2. p. 83. 1910. Oktober.)

Zusammenstellung der Krankengeschichten von 50 teils autoptisch, teils operativ sichergestellten Fällen von Ulcus duodeni aus dem Material des Massachusettshospital.

Wenn die Symptomatologie im einzelnen auch mannigfaltige Abstufungen bietet, so ist der Geschwürsschmerz in der großen Mehrzahl vorhanden; er ist vor allem charakterisiert durch das späte Auftreten nach Einnahme der Mahlzeiten. Dieses Symptom ist für die Diagnose des Duodenalgeschwürs ebenso bedeutsam wie die reflektorische Muskelspannung für die akute Appendicitis.

Bezüglich der meist ausführlichen Krankengeschichten muß das Studium des Originalartikels als lehrreich empfohlen werden.

Eigentümlich erscheint es, daß Verf. mehreremals wegen chronischer Beschwerden die Laparotomie machte, ohne in irgendeiner Weise das Geschwür selbst in Angriff zu nehmen, sondern den Bauch wieder schloß, »befriedigt die Diagnose sichergestellt zu haben«. Die therapeutischen Resultate (vgl. Fall 7, 9) sprechen nicht zugunsten dieses Verfahrens.

In zwei Fällen (18, 19) handelt es sich um blutende Duodenalgeschwüre nach Amputation von Extremitäten, wie sie Ref. vor einiger Zeit (Berliner klin. Wochenschrift 1910, Nr. 51) beschrieben hat. In beiden Fällen konstatiert das Sektionsprotokoll eine Streptokokkeninfektion. E. Melchior (Breslau).

---

41) E. A. Codmann. On the importance of distiguishing simple round ulcers of the duodenum from those ulcers which involve the pylorus or are above it. (Publications of the Massachusetts general hospital Vol. III. Nr. 2. p. 35. 1910. Oktober. Boston.)

Das Duodenalgeschwür stellt keine seltene, eher eine häufige Erkrankung dar. Die gegenteilige Anschauung beruht zum Teil darauf, daß die nahe dem Pylorus gelegenen Geschwüre öfters bei der Operation irrtümlich als Magengeschwüre angesehen werden. In mehreren Fällen des Massachusettshospital, die als perforierte Magengeschwüre operiert waren, ergab die Autopsie den Sitz der Perforation im Duodenum.

Der relativ seltene Befund bei Autopsien ist nach C. so zu erklären, daß die Geschwüre so vollkommen heilen können, daß ohne mikroskopische Untersuchung ihre frühere Anwesenheit nicht mehr nachweisbar zu sein braucht. Als Beweis führt er u. a. einen wegen Perforation operierten Fall an, der nach 1 bis 2 Jahren infolge eines Volvulus zur Sektion kam, ohne daß im Duodenum eine sinnfällige Narbe gefunden wurde.

Verf. glaubt sodann, daß manche als »Appendicitis acuta« operierte Fälle, in denen am Wurm wenig oder nichts gefunden sei, in Wirklichkeit perforierte Duodenalgeschwüre darstellten. Der Umstand, daß derartig Operierte trotzdem zur Heilung gelangen können, beweise nur, daß das Geschwür sich spontan verschlossen habe (?).

C. befürwortet, im Beginn eine interne Therapie zu versuchen; als operative Maßnahmen empfiehlt er die Exzision oder bei nahe dem Pylorus gelegenen Geschwüren die Pylorusresektion.

Die gegen die sonst meist übliche Behandlung mittels Gastroenterostomie vorgebrachten Gründe — Gefahr eines Jejunalgeschwürs, eines Circulus vitiosus, der sekundären Blutung — sind nicht durch positive Angaben belegt; die weiter angeführte Gefahr der »Narkose, Hämorrhagie, Embolie, fehlerhafte Technik« kann wohl kaum gegen die Gefahr einer Pylorusresektion ins Feld geführt werden.

Bezüglich der von dem Verf. aufgestellten Theorie des Duodenalgeschwürs als Folge des aufrechten Ganges des Menschen muß auf das Original verwiesen werden.

E. Melchior (Breslau).

---

42) **H. M. Richter. Perforating duodenal ulcer with fat necrosis.** (Quarterly bull. of Northwestern university med. school Vol. XII. Nr. 3. 1910. Dezember.)

Ein 50jähriger Mann erkrankt plötzlich unter intensiven Bauchschmerzen, die bei der Aufnahme in das Krankenhaus am nächsten Tage auf ein perforiertes Duodenalgeschwür event. eine akute Pankreatitis bezogen werden.

Die Operation ergibt das Vorhandensein einer Peritonitis, ausgehend von einer Perforation eines 2 Zoll unterhalb des Pylorus gelegenen Duodenalgeschwürs der vorderen Wand, sowie eine ausgebreitete fleckweise Fettnekrose. Das freigelegte Pankreas erscheint normal. Naht des Geschwürs; Gastrojejunostomie; suprapubisches Drain. Heilung.

Verf. bezieht die Fettnekrose auf den Austritt von Pankreassekret in die freie Bauchhöhle. Unter sieben Versuchen am Hunde ließ sich einmal durch Anlegung einer Öffnung im Duodenum eine tödliche Peritonitis mit Fettnekrose erzeugen.

Mikrophotogramme von nekrotischen Netzherden der beiden Fälle.

E. Melchior (Breslau).

---

43) **P. D. Wilkie (Edimburg). Ulcération du jéjunum après la gastroenterostomie.** (Arch. génér. de chir. VI. 12. 1910.)

Drei selbst beobachtete Fälle und zahlreiche Tierversuche führen Verf. zu nachstehenden Schlüssen über die Genese des peptischen Geschwürs, das nach der Gastroenterostomie häufig beobachtet wird.

Hyperazidität des Magensaftes bedingt an und für sich nach der Gastroenterostomie kein Geschwür des Jejunum. Die Vereinigung der Schleimhautränder von Magen und Jejunum geschieht auf dem Wege der Granulation, die

gewöhnlich erst nach 7—10 Tagen beendet ist. Feste Nahrungsmittel, die vor beendeter Granulation die Magen-Darmwunde treffen, können die Heilung stören und ebenso wie die Hyperazidität des Mageninhalts eine Ausbreitung der Ulzeration bedingen.

Nichtresorbierbares Nahtmaterial stört die Heilung. Oft findet sich auf dem Grund der postoperativen Geschwüre ein Seidenfaden, so daß sich für die Schleimhautnaht die Verwendung von Catgut empfiehlt.

Das peptische Jejunumgeschwür ist meist dadurch bedingt, daß irgend eines der erwähnten Momente die Heilung der Gastroenterostomiewunde stört.

Der Circulus vitiosus nach der Gastroenterostomie läßt sich am einfachsten dadurch vermeiden, daß der Pylorus durch einige Lembertnähte verschlossen wird.

M. Strauss (Nürnberg).

---

44) I. Gobiet. **Ein Fall von operativer Heilung eines perforierten Ulcus simplex des Dickdarms.** (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 37.)

Es sind nur 28 Fälle von Ulcus simplex des Dickdarms bekannt; davon perforierten 20; 2 von ihnen konnten durch Operation gerettet werden. In G.'s neuem Falle bestanden seit Jahren krampfartige Schmerzen im linken Unterleibe mit zeitweiligen Diarrhöen, Tenesmen, Blutungen und Aufhören dieser »Kolonkrisen« nach Abgang von Stuhl und Winden. Außerdem bestand ein linkseitiger Leistenbruch. Nach Heben einer schweren Last heftiger Schmerz im Unterleibe, Ohnmacht, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung, Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit des Leistenbruches. 18 Stunden später Aufnahme und Operation. Starker Verfall. In der Annahme einer Hernia incarc. Herniotomie, bei der sich Eiter im Strome entleert. Keine Zeichen von Einschnürung, dagegen Eiter aus der Bauchhöhle. Daher Herniolaparotomie. In der Bauchhöhle literweise kotiger Eiter, keine Verklebungen. An der Kuppe der Flexura sigm. eine hellergroße Perforation mit nicht verdickten Rändern, aber einem Hofe gangränösen Gewebes. Übernähung, Netzplastik, Resektion von Bruchsack und Netz; Laparotomie rechts, wo ebenfalls reichlich Eiter vorhanden ist. Gründlichste Ausspülung, ein Drain in den Douglas, eins zur Herniotomiewunde heraus. Peritonealnaht. Tamponade der übrigen Wunde. Guter Verlauf; nach 16 Tagen Sekundärnaht der Bauchdecken und Bassini. Nach 14 Tagen geheilt und beschwerdefrei entlassen.

Besprechung der pathologischen Anatomie und der Symptome des Ulcus simplex.

Zum chirurgischen Eingriff gibt das Ulcus simplex selten Anlaß, meist nur durch Perforation, und dann bisher ausnahmslos unter falscher Diagnose.

Den Beweis dafür, daß es sich um ein Ulcus simplex und nicht um ein anderes Geschwür oder um eine Perforation infolge Geschwulstbildung gehandelt hat, sieht G. darin, daß keine sonstigen Veränderungen da waren, daß auch die klinischen Erscheinungen darauf deuten, und daß alle früheren Beschwerden nach der Operation dauernd geheilt waren. Literatur. Renner (Breslau).

45) P. Alglave. Disposition vicieuse du duodénum provoqué par une ptose simultanée du foie et du rein droit chez une femme de 37 ans. Considerations sur l'occlusion d'origine duodénale après néphropexie. (Bull. et mém. de la soc. anatom. de Paris 1910. Nr. 6.)

Bei einer aus unbekannter Ursache verstorbenen Frau war die Leber, die rechte Niere und der Magen sehr herabgesunken, dieser auch sehr stark erweitert. Die Niere lag in der Höhe des Promontorium. Die Lage des Duodenum war derartig, daß seine Umbiegungsstelle ganz nach unten sah, der Duodeno-jejunalwinkel, durch das Lig. Treitzii fixiert, höher stand als der Pylorus. In die zu tiefst gelegene Kurvatur der Duodenalschenkel, die überdies sich überlagert hatten, schnitten die Gefäße der Mesenterialwurzel ein, so daß der zuführende stark erweitert war. Die Vorstellung liegt nun sehr nahe, daß bei einer operativen Lagekorrektur der Niere in solchen Fällen ohne vorausgegangene Lösung des Duodenum es durch eine scharfwinklige Knickung desselben leicht zu den bekannten akuten postoperativen Duodenalverschlüssen kommen kann.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

46) Whelan. Intestinal obstruction, due to ascaris lumbricoides, with autopsy. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 17. 1910.)

Ein Knabe von $5^1/_2$ Jahren, früher stets besonders gesund, erkrankte an chronischer Verstopfung und Leibschmerzen, die trotz Abführmitteln und Klistieren 4 Monate lang anhielten; da kam es zu völligem Darmverschluß und innerhalb zweier Tage zum Tode. Die Obduktion zeigte, daß als Todesursache ein großer Knäuel von Askariden anzusehen war, der das untere Jejunum total verstopfte. Das Sektionspräparat ist abgebildet.

W. v. Brunn (Rostock).

---

47) Sigismund Gottschalk. Cases of intestinal obstruction due to the uterus. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 22.)

Im ersten Falle klemmte sich nach einem vor Jahren gemachten Leibschnitt eine Dünndarmschlinge so in einer vom rückwärts gelagerten und mit dem Mastdarm verwachsenen Uterus und den linken Anhängen gebildeten Tasche ein, daß ein vollkommener Verschluß entstand. Heilung durch Operation und Befreiung der Schlinge. Die Ursache für die verhängnisvolle Taschenbildung lag in ausgedehnten Verwachsungen, die ihren Ausgang genommen hatten von einer Salpingostomie links, die der vorhergehende Operateur zur Ermöglichung der Empfängnis angelegt hatte. Im zweiten Falle gelang es, einen Obturationsileus, der durch den rückwärts gelagerten Uterus im Wochenbett entstanden war, durch Knie-Ellbogenlage zu beseitigen.

Weber (Dresden).

---

48) A. v. Moschcowitz. Intussusception of the appendix. (Med. record 1910. Dezember.)

Ein $4^1/_2$jähriges Kind erkrankte mit heftigen Anfällen von Leibschmerzen, die sich mehrere Monate lang mehrmals täglich wiederholten. Fieber und Erbrechen fehlten. Die Stuhlentleerung war regelmäßig, der Leib gespannt und druckempfindlich. In der Blinddarmgegend hühnereigroße Geschwulst. Bei der operativen Freilegung des Darmes fand sich der Wurmfortsatz derartig in den Blinddarm invaginiert, daß nur noch die Spitze herausragte. Freilegung

und Abtragung des Wurms. Trotzdem die Bauchwunde infolge vorzeitiger Entfernung der Nähte am 7. Tage platzte, trat nach Wiedervereinigung Heilung per primam ein. Als das diagnostisch wichtigste Symptom bezeichnet M. die intensiven remittierenden Schmerzanfälle, welche von der Nabelgegend ausgehen. Bevor die Krankheit erkannt wird, können Wochen und Monate verstreichen. Darmsteifung kann vorkommen, ist aber nicht charakteristisch für das Leiden. In vorgeschrittenen Fällen treten schleimige und blutige Stuhlentleerungen auf. Verstopfung ist selten. Revenstorf (Breslau).

---

49) W. Rokitzky. Über partielle und zirkuläre Darmplastik aus der Haut. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

R. empfiehlt für die Beseitigung der lippenförmigen Kotfisteln und des künstlichen Afters die Umschneidung der Fistel ca. 2 cm vom Fistelrand entfernt und die Vernähung der gesetzten frischen Wundränder derart, daß die Epidermis nach innen sieht. Näht man dann noch die Bauchdecken in mehreren Etagen, so wird man gute Heilerfolge erzielen. Die Vorteile dieser Methode haben den Verf. bewogen, in einem anderen Falle auch eine zirkuläre Plastik durch Umschneidung eines größeren und breiteren Hauptlappens mit Einwärtsklappung der Haut vorzunehmen. Er ersparte dem Pat. dadurch eine gefährliche Laparotomie und erzielte ebenfalls ein gutes Resultat. Das Verfahren ist durch Abbildungen verdeutlicht. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

50) Denk. Über die Prognose ausgedehnter Dünndarmresektionen. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

D. zeigt, daß die Resektion sehr großer Strecken Dünndarms für den Organismus doch nicht so gleichgültig ist, wie er selbst geglaubt hatte. Er hat früher einen Fall veröffentlicht, dem er wegen Gangrän des Darmes nach Brucheinklemmung 540 cm reseziert hatte. Die ersten $1^1/_2$ Jahre danach ging es gut, die Kranke blieb im Körpergleichgewicht, fühlte sich gesund und arbeitsfähig. Dann aber magerte sie ab, Diarrhöen traten ein, die Kräfte schwanden, obwohl ein wahrer Heißhunger bestand, und $2^1/_2$ Jahre nach der Operation erfolgte der Tod. Vom Dünndarm, von der Flexura duodeno-jejunalis bis zum Blinddarm gemessen, standen noch 106 cm, es waren also 79,6% von ihm reseziert worden. Im Gegensatz zu den Tierexperimenten, in denen nach ausgedehnten Darmresektionen oft starke Hypertrophie der restierenden Darmschleimhaut gefunden wurde, bestand hier eine Atrophie derselben.

Man muß also sehr lange Zeit verstreichen lassen, um ein Urteil darüber zu haben, ob ein Verlust sehr großer Teile des Dünndarms schädlich ist oder nicht. Eine Revision der bisher beschriebenen Fälle zeigt, daß nur Resektionen von 3—4 m Dünndarms, d. h. $^1/_2$—$^2/_3$ der Gesamtlänge, auf die Dauer eine gute Prognose geben. Haeckel (Stettin).

---

51) Albert Mueller und Hesky. Über die Folgeerscheinungen nach operativer Entfernung der Darmmuskulatur, insbesondere am Dickdarm und Rektum. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

In einer früheren Arbeit hatte der eine der Verff. gezeigt, daß bei Tieren die Entfernung großer Strecken der Muscularis des Darmes keine Störungen verursacht; dieser Zustand, der also einer Lähmung von Darmstrecken gleichkommt,

führte nicht zum Ileus, so daß die Lehre vom Ileus paralyticus dadurch sehr revisionsbedürftig erscheint. Die Verff. vervollständigten nun ihre Studien durch Entfernung der Muskulatur am Dickdarm. Bei einer Reihe von Hunden entfernten sie die ganze Muskulatur von der Blinddarmklappe bis zum Mastdarm; sie stellten fest, daß das Leben sehr gut damit vereinbar war, daß die Stuhlentleerung nicht gestört und nur eine geringe Verzögerung der Fortbewegung des Darminhalts herbeigeführt wurde. Ebenso wiesen sie in einer zweiten Reihe von Versuchen nach, daß die Ausschaltung der Muskulatur des Mastdarms ohne nachweisbare Störung verlief. Was die Fortbewegung des Kotes in diesen Fällen besorgt, ist nicht mit Sicherheit zu sagen, wahrscheinlich die Vis a tergo. Die Bauchpresse spielt wohl keine Rolle dabei; denn bei deren Ausschaltung durch Durchschneidung des Rückenmarks erfolgte spontaner Stuhlgang.

Abgesehen von der Bedeutung dieser Versuche für die Entstehung des paralytischen Ileus erklären sie auch, warum bei ausgedehnter Zerstörung der Darmmuskulatur des Menschen durch Lymphosarkomatosen keine Darmstörungen einzutreten brauchen; sie deuten ferner darauf hin, daß Verwachsungen von Organen oder Geschwülsten mit dem Darm erfolgreicher und schonender angegangen werden können, wenn die Darmmuskulatur nicht als ein Noli me tangere behandelt werden muß. Haeckel (Stettin).

---

52) E. Poucel (Marseilles). The surgical treatment of severe dysenteric enterocolitis. (Buffalo med. journ. Vol. LXVI. Nr. 6. 1911.)

P. hatte in einem früheren Falle von schwerer Dysenterie mit der Anlegung eines künstlichen Afters einen Mißerfolg, da nur ein temporärer Kunstafter gemacht wurde, und der zum Teil auf normalem Wege abgehende Darminhalt eine Ausheilung verhinderte.

P. führte daher in einem weiteren Falle schwerster Dysenterie bei dem beinahe moribunden Pat. einen Kunstafter mit zwei Öffnungen aus, von denen die eine am Dünndarm, die andere nach Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm gelegen war. Tags darauf Auswaschung des Dickdarms mit $^1/_4$%iger Jodlösung. Alle Erscheinungen gingen rasch zurück, die Mastdarmerkrankung heilte aus; über das Endresultat wird nicht berichtet.

P. empfiehlt die operative Ausschaltung des Dickdarms bei allen schweren Formen von Dysenterie, gleichgültig, welchen Ursprungs sie sind.

Mohr (Bielefeld).

---

53) Grekow. Zur Frage der Freilegung der Milz bei Verletzungen derselben. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Da die meisten Milzverletzungen mit Zwerchfellverletzungen kombiniert sind, so ist gute Übersicht unbedingt nötig. G. benutzt deshalb einen Schnitt längs des linken Rectusrandes, der die Knorpel der VIII.—X. Rippe und das Zwerchfell durchtrennt, Brust- und Bauchhöhle eröffnet. Erstere wird temporär tamponiert.

Er bringt zwei einschlägige Krankengeschichten. In dem zweiten Falle waren durch ein Geschoß Pleura, Zwerchfell, Milz, Kolon, Pankreas, linke Niere und XII. Rippe verletzt. Deetz (Arolsen).

54) Stuckey. Zur Kasuistik der Milzabszesse nach Typhus. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Besprechung des Symptomenkomplexes unter Beibringung zweier selbstbeobachteter Fälle. Verlauf meist unter dem Bild des subphrenischen Abszesses mit oder ohne Beteiligung der linken Pleura. Die Abszesse entstehen nicht durch Embolie, sondern wenn gegen Ende der Erkrankung eine relative Immunität besteht, so können in einzelnen Organen Bazillen zurückbleiben, welche nicht mehr imstande sind, eine Allgemeininfektion (Rezidiv) zu verursachen, aber noch fähig sind, eine lokale Eiterung zu erzeugen.

Verf. bringt außerdem noch die Krankengeschichte eines der sehr seltenen Fälle von operativ behandeltem Milzabszeß nach Recurrens.

Deetz (Arolsen).

---

55) H. Coenen. Über polycystische Milzdegeneration. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Man unterscheidet parasitäre und nicht parasitäre Milzcysten. Von letzteren stellte E. Bircher im Jahre 1908 50 Fälle zusammen, von denen 33 operiert wurden. Häufiger sind hierbei die Einzelcysten, die wohl meist hämorrhagischen Ursprungs sind und enorme Größen erreichen können. Bei den multiplen serösen Milzcysten hat man streng zu unterscheiden: 1) die multiplen kleinen serösen Cysten, die stets nur an der Oberfläche vorkommen, nur bis $^1/_2$ cm Durchmesser erreichen und häufig vergesellschaftet sind mit kleinen Milzgewebshernien. Sie sind nicht zu selten von pathologisch-anatomischer Seite zufällig auf dem Sektionstisch gefunden worden, haben aber keinerlei praktisches Interesse. Ihre Natur ist strittig; wahrscheinlich sind es lymphatische Cysten.

2) Die andere Gruppe bilden die viel selteneren größeren multiplen Milzcysten, die auch nicht auf die Oberfläche beschränkt sind, sondern das ganze Organ bienenwabenartig durchsetzen. Von dieser Gruppe waren bisher nur drei Fälle bekannt. C. teilt aus der Küttner'schen Klinik einen vierten Fall mit; es ist zugleich der erste, der operativ angegriffen wurde:

Eine 30jährige Frau, die sich im 3. Monat ihrer sechsten Schwangerschaft befand, kam unter der Diagnose »große, zum Teil fluktuierende Milzgeschwulst« zur Operation. Die über 5 Pfund schwere, von zahlreichen hanfkorn- bis faustgroßen Cysten durchsetzte Milz wurde erfolgreich exstirpiert. Was die Entstehung anbelangt, so spricht sich Verf. für eine allgemeine Lymphangiektasie der Milz aus. — Zwei makroskopische farbige Abbildungen. Literaturverzeichnis.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

56) A. J. Okinschewitsch. Die dysenterischen Leberabszesse und ihre chirurgische Behandlung. 165 S. St. Petersburg, 1910. (Russisch.)

1905—1909 wurden im Balachanykrankenhaus bei Baku 72 Fälle, meist bei Naphtaarbeitern beobachtet und 50 davon operiert. Leberabszesse kamen bei 40,4% der an Dysenterie Gestorbenen vor. An zweiter Stelle steht in der Anamnese Alkoholismus. Die meisten Kranken sind Eingewanderte. Kinder waren 2mal, Frauen 3mal befallen. Die Dysenterie ist hier vorwiegend bazillären Ursprungs: Unter 66 Fällen wurden 23mal Amöben, 25mal B. Shiga-Kruse gefunden. Von 58 Fällen von Leberabszeß war 55mal der Eiter steril; 7mal enthielt er lebende Amöben. Tierexperimente — Einimpfung von Eiter und Kulturen des B. Shiga-Kruse in die V. portae — fielen negativ aus. — 38 Fälle wurden

seziert. Ein einzelner Abszeß fand sich 51mal, mehrfache 21mal. Bei 22 nicht operierten (alle †) Fällen fand man 7mal eitrige Pleuritis, 2mal Lungenabszeß, 10mal subphrenische Abszesse, 2mal Perforation in die Bauchhöhle, 3mal Peritonitis per continuitatem, 2mal eitrige Perikarditis. In $^4/_5$ der Fälle saß der Abszeß im rechten Lappen.

Dann werden die Symptome, der Verlauf, die Diagnose beschrieben. Von 50 operierten Fällen verliefen 36 subakut, je 7 chronisch und akut. Die Operationsmethoden werden ausführlich geschildert.

An 50 Pat. wurden in Balachany 58 Operationen ausgeführt. In 42 Fällen wurde die vorherige Probepunktion — immer ohne Schaden — meist durch einen Interkostalraum gemacht; vermieden wird die Punktion durch die Bauchwand.

Verwachsung der serösen Blätter kam selten vor: unter 26 Laparotomien 7mal, unter 32 transpleuralen Operationen fanden sich 13mal Pleura- und 15mal Bauchfellverwachsungen. 14 Operationen wurden unter Lokalanästhesie, 44 unter Chloroform ausgeführt. Der Abszeß wurde einzeitig und breit mit dem Messer eröffnet und drainiert. 7mal wurden subphrenische Abszesse bei der transpleuralen Operation getroffen. — 13 operierte Pat. litten an mehrfachen Abszessen; 3mal 2—4 Abszesse; alle 13 starben. Größere Blutung kam nicht vor; Gallenausfluß 12mal. Komplikationen nach der Operation: 2mal eitrige Pleuritis, 2mal Peritonitis, 6mal progressive Gangrän der Wundränder und der Granulationen (alle 6 †). Von 50 Operierten starben 20, 22 nicht Operierte starben alle.

Gückel (Kirssanow).

---

57) **Diehl. Über Aktinomykose der Leber.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

Die beiden von D. mitgeteilten Fälle, deren einer klinisch beobachtet und mehrfach operiert worden war mit tödlichem Ausgang, während vom anderen nur der Leichenbefund vorliegt, stellen zwei Typen der Leberaktinomykose dar: Disseminierte metastatische Herde in dem einen, ein großer Herd, gegen die Leber im allgemeinen gut abgegrenzt und aus zahlreichen kleinen Abszessen bestehend, im anderen; im letzteren Falle ließ sich der Wurmfortsatz deutlich als Quelle der Aktinomykose nachweisen, von dem aus der Pilz per contiguitatem in die Leber gewachsen war.

Mit Heranziehung der Literatur wird ein Bild der Leberaktinomykose gegeben. Während im allgemeinen die Aktinomykose einen zwar äußerst chronischen, aber nicht durchaus aussichtslosen Verlauf hat, ändert sich das sofort mit dem Einbruch in die Leber, der in jedem Falle direkt eine ungünstige Prognose hat. Daß auch ein energisches operatives Vorgehen den Ausgang nicht beeinflussen kann, zeigt der eine der beiden mitgeteilten Fälle, in dem durch die frühzeitige Diagnose und die isolierte Geschwulstbildung bei Abheilung des primären Abszesses anscheinend die denkbar günstigsten Aussichten für einen Erfolg vorhanden waren.

Haeckel (Stettin).

---

58) **Giuseppe Giacomelli (Campiglia Marittima). Sopra un caso di ciste da echinococco peduncolata del lobo sinistro del fegato, aderente allo stomaco. Il metodo Queirolo-Landi nella diagnosi dei tumori perigastrici.** (Clin. chir. 1910. Nr. 10.)

Um einen Fall von Echinokokkuscyste, die mit dem Magen verwachsen war, von einer Magengeschwulst zu unterscheiden, hat Verf. mit Erfolg die Queirolo-

Landi'sche Methode angewandt. An eine Schlundsonde wird am Magenende eine feine Gummiblase befestigt; am anderen Ende befindet sich ein Y-förmiges Rohr, von dessen einem Ende ein Gummischlauch zu einer Marey'schen Trommel, vom anderen zu einem Abschlußhahn gegen die äußere Luft führt. Wird nun von letzterem aus Luft eingeblasen, so wird die im Magen befindliche Gummiblase aufgeblasen und auf die Magenluft ein Druck ausgeübt, so daß letztere, wie ein Kissen, die Blase umgibt. Bei Druck auf den Magen wird die Marey'sche Trommel einen Ausschlag geben, der viel größer ist als derjenige, hervorgebracht durch Druck in der Umgebung des Magens. So gelang trotz starker Verwachsungen die Diagnose einer Lebergeschwulst. Bei der Operation fand Verf. starke Verwachsungen mit Magen, Lig. gastro-colic. und hepato-gastric. Er isolierte die Geschwulst, vernähte das Peritoneum parietale mit der die Cyste begrenzenden Leberoberfläche und schälte die Cyste unter Zurücklassung von Wand an der Leber aus. Das zurückgelassene Cystenbett wurde mit einigen Nähten, die zur Bauchwunde herausgeleitet wurden, gefaßt. Tamponade. Wundschluß. Glatte Heilung. Stocker jun. (Luzern).

---

59) **A. Pellegrini. La resezione del fegato.** 303 S. mit 2 Tafeln u. 17 Textfiguren. Florenz, L. Niccolai, 1910.

In einer ausführlichen Monographie über Leberresektionen gibt Verf. eine Übersicht über die Methoden der Blutstillung und der Resektion im Lebergewebe, wobei die experimentellen Arbeiten, ebenso wie die bisherige Kasuistik berücksichtigt und kritisch gesichtet werden.

Die historische Einleitung betont die Tatsache, daß der Florentiner Zambeccari zuerst an Hunden erfolgreiche Leberresektionen ausgeführt hat. Ein weiterer Abschnitt schildert die Anatomie der Leber und Gallenblase, wobei die Lymphstränge und -Drüsen entsprechend der Darstellung Clairmont's hervorgehoben werden. Bezüglich der Prognose der Leberresektion wird erwähnt, daß eine Statistik über 238 Fälle 32 Todesfälle ergibt, so daß sich eine Operationsmortalität von 13,44% aufstellen läßt.

In einem zweiten Hauptteil wird die Technik der Leberresektion und der Blutstillung eingehend erörtert, wobei Verf. zum Schluß kommt, daß die Technik von der Art und Indikation der Operation abhängig zu machen ist. Die einfachen Methoden verdienen im allgemeinen den Vorzug. Bei verdickter Glisson'scher Kapsel kommt die keilförmige Exzision und nachfolgende Naht in Betracht, in anderen Fällen soll, wenn möglich, der Leberstumpf extraperitoneal gelagert werden (Burci's Methode). Wenn diese Vorlagerung aus anatomischen Gründen unmöglich ist, soll man das große Netz zur Nahtsicherung verwenden.

Ein dritter Teil bringt eine nach den verschiedensten Momenten geordnete Statistik von 238 aus der Literatur gesammelten Fällen von Leberresektion: 3 Fälle von Xiphopagen (1 Todesfall), 3 angeborene Hernien mit Lebervorfall (2 Todesfälle), 2 accessorische Leberlappen (1 Todesfall), je 5 Fälle von traumatischem Lebervorfall und Einklemmung eines Leberlappens, 28 Syphilome, 2 Tuberkulome, 10 Lebercysten, 47 Echinokokken, 27 gutartige Lebergeschwülste (2 Todesfälle), 52 bösartige Lebergeschwülste (10 Todesfälle), 45 Fälle von Gallenblasenkrebs (6 Todesfälle).

Zum Schluß berichtet Verf. über 4 von Burci ausgeführte Leberresektionen (Echinokokkus, Granulom, Adenokarzinom des Pylorus mit Infiltration des linken Leberlappens, Angioma cavernosum), die sämtlich nach der Methode Burci operiert wurden und zur Heilung kamen.

Weiterhin führt Verf. seine eigenen Kaninchenexperimente an, bei denen er die Leberresektion und die Stumpfversorgung in der verschiedensten Weise modifizierte und zu dem bereits oben erwähnten Schluß kam, daß bei der Unmöglichkeit der extraperitonealen Stumpfversorgung nach Burci die intraperitoneale Versorgung durch die Lochnaht nach Ceccherelli mit Einschaltung des großen Netzes als Stützgewebe anzustreben ist.

Eine 23 Seiten umfaßende Literaturangabe und eine tabellarisch angeführte Statistik ergänzt die Arbeit. M. Strauss (Nürnberg).

---

60) G. E. Armstrong. Typhoid perforations and perforations of the gall bladder. (Brit. med. journ. 1910. Oktober 29.)

Verf. ist Chirurg im allgemeinen Krankenhaus in Montreal. Er berechnet die jährlichen Todesfälle an Typhusperforation für Kanada auf 1875 und bespricht die Möglichkeit, diese hohe Sterblichkeit herabzusetzen. Das wesentlichste Mittel dazu ist, die Perforation nicht zu übersehen. Zwar sind die Zeichen des Durchbruchs wie sonst: plötzlicher Schmerz, umschriebene Empfindlichkeit, Muskelstarre, Übelkeit, Erbrechen, aber sie werden beim apathischen Typhuskranken oft nicht erkannt. Verf. berichtet über 93 solcher Perforationen, das heißt 4,53% seiner Typhusfälle. Von diesen wurden 78 operiert und 24 durch den Eingriff geheilt. Die Zahl der operativen Heilungen hat stetig zugenommen, dank der immer frühzeitiger gestellten Diagnosen. A. zögert nicht, bei zweifelhaften Fällen die Forderung des Probebauchschnitts zu stellen. Bei solchen Gelegenheiten hat er zweimal den Leib vergeblich geöffnet, aber ohne Schaden für den Kranken. Im allgemeinen findet der Durchbruch mehr bei den schweren Formen der Erkrankungen statt, aber sechsmal erlebte Verf. sie bei ambulatorischen Fällen. Was die Technik betrifft, so fordert er örtliche Betäubung, Übernähung der Durchbruchsstelle und aller benachbarten Stellen von verdächtigem Aussehen. Die Resezierten dagegen starben alle. Weber (Dresden).

---

61) Béclère. La radiodiagnostic différentiel des calculs biliaires et de calculs urinaires. (Bull. de l'acad. de méd. 1910. Nr. 25.)

Während der röntgenologische Nachweis von Nierensteinen etwas Alltägliches ist, gilt der von Gallensteinen trotz der vorgeschrittenen Technik als unsicher und schwierig. Der Nachweis ist abhängig vom Kalziumgehalt der letzteren. Zu empfehlen zur Aufnahme ist Luftfüllung des Magens, dorso-ventrale Exposition in Rückenlage und rasche Aufnahme im Atemstillstande.

Im Zusammenhange damit werden die Bilder eines diagnostisch und röntgentechnisch schwierigen Falles wiedergegeben. Bei einer sehr korpulenten, an lumbalen Schmerzen und Hämaturie leidenden Frau ergibt die ventro-dorsale Aufnahme rechts ein großes Konkrement, welches trotz seiner einem Nierenbeckensteine täuschend ähnlichen Lage von B. wegen Form und Struktur als Gallenstein angesprochen wird. Als beweisführend gibt der Autor das Bild desselben Steines in dorso-ventraler Aufnahme, welche ihn bei gleichem Röhrenabstande viel kleiner darstellt. Die lumbalen Schmerzen und die Hämaturie finden durch einen auf der linken Seite entdeckten Nierenbeckenstein ihre Erklärung. Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

62) W. Eichmeyer. Beiträge zur Chirurgie des Choledochus und Hepaticus einschließlich der Anastomosen zwischen Gallensteinsystem und Intestinis. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4 u. Bd. XCIV. Hft. 1.)

Verf. gibt einen Bericht über die in den Jahren 1907—1909 an der Kehr-schen Klinik in Halberstandt vorgenommenen Gallensteinoperationen, so weit sie Eingriffe am Choledochus und Hepaticus sowie die Anastomosen zwischen Gallensystem und Eingeweiden betreffen. Die Krankengeschichten sind im Auszug referiert und erläuternde Bemerkungen zur Übersicht über das Material hinzugefügt, welche im Referat nicht wiedergegeben werden können. Auch eine tabellarische Übersicht über das gesamte Material der Kehr'schen Klinik, über die operativen Erfolge und Todesfälle ist beigegeben. Von den 161 letzt Operierten mit Eingriffen an den tiefen Gallengängen und den genannten Anastomosen starben 42, eine hohe Mortalität, welche durch die Kompliziertheit der Fälle, die Schwere der Erkrankungen und Größe der Eingriffe erklärt wird; waren doch unter 98 Fällen von Cholelithiasis 21 Fälle von retroduodenalen bzw. Papillarsteinen. Bezüglich der Rezidive von Gallensteinen nach einer Operation steht Kehr auch heute noch auf dem Standpunkt, daß es sich meist um sogenannte Pseudorezidive handelt, die ihre Entstehung dem Umstande verdanken, daß bei dem primären Eingriff Steinreste, besonders auch in den feineren Hepaticusverzweigungen zurückgeblieben sind. Fadenrezidive, d. h. Inkrustationen um Nahtfäden, wurden im ganzen achtmal beobachtet. Mit der Choledochotomie verknüpft Kehr als Normalverfahren die Cholecystektomie, sofern nicht besondere Kontraindikationen, wie fette Bauchdecken, schwerste Kachexie usw. bestehen. Bei der Cholecystektomie wird auch der Cysticus in toto mit entfernt, was unter isolierter Unterbindung der Arterie zu geschehen hat, da man sonst leicht Reste des Cysticus oder Gallenblasenhalses stehen läßt. Zur Drainage von Hepaticus und Choledochus wird meist ein T-Rohr benutzt, das 14 Tage liegen bleibt. Bei Papillensteinen bevorzugt Kehr die transduodenale Inzision gegenüber der retroduodenalen, die bei schwartigen Verwachsungen des Duodenum mit Pankreas und Choledochus überhaupt unbrauchbar ist. Von sonstigen Einzelheiten sei noch erwähnt, daß Kehr die Anastomose der Gallenblase mit dem Magen der Cystoduodenostomie vorzieht. Ausführlicher besprochen sind alsdann noch die Anastomosenbildungen zwischen Choledochus, Hepaticus und Gallengängen einerseits mit dem Duodenum andererseits. Unter den Indikationen zu diesen selteneren und in ihren Erfolgen keineswegs sicheren Operationen stehen voran die Karzinome und Indurationen der Bauchspeicheldrüse. Die Anastomosenbildung als Ersatz für die Choledochotomie wird verworfen. Interessant ist vielleicht auch, daß Kehr trotz der komplizierten Schnittwunde und Verletzung der verschiedenartigsten Muskeln nicht die Etagennaht macht, sondern Durchstichknopfnähte nach Spencer-Wells anlegt. Aufstehen läßt er die Pat. im allgemeinen nach 14 Tagen. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

63) N. P. Trinkler. Eine modifizierte lumbale Methode der Cholecystektomie. (Praktitschewski Wratsch 1910. Nr. 47 u. 48.)

T. empfiehlt folgende neue Schnittführung für Operationen an den Gallenwegen. Erster Schnitt nach Edebohls (von der XII. Rippe zur Mitte des Lig. Pouparti), von der Mitte dieses Schnittes, senkrecht zu demselben, ein zweiter parallel dem Rippenbogen, 4 cm von letzterem entfernt. Der erste Schnitt kann

auch kürzer sein — bis Nabelhöhe. Man bekommt so sehr guten Zugang zur Leber und zur rechten Niere. Der zweite Schnitt reicht bis zum äußeren Rand des Rectus, kann, wenn nötig, auch noch das äußere Drittel des Muskels durchtrennen. — T. führte zwei Operationen aus: Cholecystektomie, Choledochotomie, Hepaticusdrainage. Beide Fälle wurden geheilt. Das Operationsfeld liegt viel weiter offen als beim Schnitt nach Kehr; gleichzeitig ist die Niere zugänglich und auch die spätere Drainage anatomisch richtiger. Gückel (Kirssanow).

---

64) O. Marchetti. Di una modificazione della colecystenterostomia alla Krause. (Policlinico, sez. chir. XVII. 12. 1910.)

In zwei Fällen wurde die Cholecystenterostomie nach Krause mit gutem Erfolg ausgeführt, ohne daß es zu einer sekundären Infektion der Gallenwege vom Darmkanal aus gekommen wäre. Um diese zu vermeiden, muß die Zirkulation von Darminhalt in der zur Anastomose verwendeten Darmschlinge nach Möglichkeit behindert werden. Verf. erreichte dies im Hundeexperiment dadurch, daß er die beiden Schenkel der zur Gallenblasenanastomose verwendeten Darmschlinge mit der Innenwand aneinander nähte und die Lichtung der Schlinge durch Raffnähte verengte. Es kam bei dieser Modifikation niemals zur Infektion der Gallenwege, so daß dadurch die Cholecystenterostomie mit nachfolgender Entero-Enteroanastomose zu einer brauchbaren Methode wird.

M. Strauss (Nürnberg).

---

65) Zeidler. Ein Fall von Cholecystenterostomie. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Die Veranlassung, einen vor 4 Jahren operierten Fall zu publizieren, ist folgende. Die Gefahr der Infektion der Gallenwege kann trotz der breiten Kommunikation nicht so groß sein, wie sie zunächst theoretisch erscheint, und derentwegen auch Kehr z. B. die Anwendung der Operation nach Möglichkeit einzuschränken rät. Dafür spricht die weitere Beobachtung der Operierten. Aus diesem Grund teilt Z. seinen Fall mit, weil man bereits von Dauerresultat sprechen kann.

Deetz (Arolsen).

---

66) Karl Spannaus. Die Cholecsytenteroanastomis retrocolica. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Die Cholecystenteroanastomosis verfolgt den Zweck, die gestaute Galle dem Darm zuzuführen. Die Operation ist am Platze, wenn das Hindernis im Choledochus — Geschwulst, chronische Entzündung des Pankreaskopfes, Narbenstriktur, ausnahmsweise mal auch ein Choledochusstein — nicht selbst angreifbar ist. Die Gefahren, die die Operation nach sich zieht — Infektion der Gallenwege vom Darm aus, eitrige Cholangitis —, haben die Operateure auf verschiedene Weise zu vermeiden gesucht; in erster Linie sollte eine die Infektion begünstigende Gallenstauung verhütet werden.

Verf. ist in der Küttner'schen Klinik bei einem 37jährigen Pat. mit $^1/_4$ Jahr lang bestehendem schweren Ikterus in der Weise vorgegangen, daß er die Gallenblase aus ihrem Leberbett abtrennte, sie stielte und dann durch einen Mesokolonschlitz nach unten zog, um hinter dem Mesokolon die Vereinigung zwischen Gallenblase und Darm (oberste Jejunumschlinge) im Sinne der Peristaltik vorzunehmen; außerdem legte er eine Hepaticusdrainage an. Der 12 Tage später an Pneumonie

erfolgte Tod gab Gelegenheit, sich von dem guten Funktionieren der Gallenblasen-Darmfistel auch autoptisch zu überzeugen. H. Kolaczek (Tübingen).

---

67) Clairmont und v. Haberer. Über Anurie nach Gallensteinoperationen. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

Verff. sahen in drei Fällen nach Operationen wegen Gallensteinen mit schwerem Ikterus den Tod eintreten durch völlige Anurie, obwohl vorher keine Störungen von seiten der Nieren bestanden hatten. Nach zwei weiteren Operationen bei schwerem Ikterus — einmal Choledochusstein, das andere Mal Narben im Choledochus — kam es in den ersten Tagen zu einer bedenklichen Oligurie, die aber keine schlimmen Folgen hatte. Verff. prüften dann experimentell an Hunden den Einfluß des gestörten Gallenflusses auf die Nieren durch Unterbindung des Ductus choledochus und fanden gleichfalls bei vielen der Versuchstiere eine Funktionsstörung der Niere, die sich ausdrückt in verzögerter Ausscheidung von Phloridzinzucker und Indigokarmin; anurisch freilich wurde keines der Tiere.

Die Erklärung für dieses bisher noch nicht beobachtete Vorkommnis ist darin zu suchen, daß durch schweren Ikterus eine parenchymatöse Degeneration der Nieren vorbereitet ist und bei manchen, vielleicht besonders disponierten Menschen durch ein der Niere zugemutetes Plus (Operation und Narkose) ausgelöst wird. Für das praktische Handeln empfiehlt es sich daher, Gallensteinkranke womöglich vor dem Eintritt einer schweren Leberschädigung zu operieren, die Prognose der Operation bei schwerem Ikterus zweifelhaft zu stellen und bei der Operation durch möglichst kurze Gestaltung des Eingriffs und Vermeidung des Chloroforms, seinen Ersatz durch Billrothmischung oder Äther, alles die Nieren Schädigende einzuschränken. Haeckel (Stettin).

---

68) M. Hirschberg (Berlin). Zur Funktionsprüfung des Pankreas. (Deutsche med. Wochenschrift. 1910. Nr. 43.)

Verf. hat auf der Kuttner'schen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin Gelegenheit gehabt, die verschiedenen Methoden der Funktionsprüfung des Pankreas in sechs Fällen zur Anwendung zu bringen, bei denen die Diagnose teils durch die Operation, teils durch die Sektion sichergestellt werden konnte. Im allgemeinen divergieren die diagnostischen Hilfsmittel bezüglich ihres Wertes für die Erkennung einer Pankreaserkrankung außerordentlich, je nach der Art der vorliegenden Erkrankung, insbesondere ob es sich um totale oder partielle Schädigung der Drüse, ob es sich um teilweisen oder völligen Abschluß ihres Sekretes durch Erkrankungen ihrer selbst oder ihrer Umgebung handelt und je nach den physiologischen Voraussetzungen, auf denen sich die einzelnen Methoden aufbauen. Es läßt sich daher generell nicht entscheiden, ob die eine oder die andere Methode größere diagnostische Sicherheit verspricht. Solange die physiologischen Grundlagen der Fermente und ihre wechselseitigen Beziehungen zueinander nicht lückenlos bekannt sind und eine Reihe dieser unbekannten Faktoren den Ausfall der einzelnen Reaktionen bestimmen können, muß man sich darauf beschränken, diese Reaktion und die Grenzen ihrer diagnostischen Leistungsfähigkeit an der Hand der klinischen Erfahrungen zu bewerten. — Für die akuten Entzündungen des Pankreas ist die Untersuchung des Urins auf Diastase, wie es von Wohlgemuth empfohlen ist, ein wertvolles diagnostisches Hilfsmittel. Deutschländer (Hamburg).

---

69) **Whipple, Chaffee and Fisher.** **The Cammidge test in experimental pancreatitis and other conditions.** (Bull. of the Johns Hopkins hospital 1910. November.)

Die zahlreichen Experimente der Verff. an Hunden hatten folgendes Ergebnis:

Die Cammidge-Reaktion hat nur geringen Wert für die Diagnose der akuten Pankreatitis bei Hunden; ist die Reaktion negativ, so ist allerdings wenig Wahrscheinlichkeit, daß akute Pankreatitis besteht. Auch für die Diagnose einer chronischen Pankreatitis hat die Reaktion wenig Wert und kann negativ ausfallen bei hochgradigen Veränderungen der Drüse. Die Reaktion fällt nicht selten positiv aus bei ganz gesunden Menschen und Hunden. Dagegen ist sie fast stets positiv bei Chloroformintoxikation der Leber mit Nekrose des Parenchyms nach Injektion von Chloroform in die Pfortader; auch bei Pneumonie und überhaupt überall dort, wo es zu umfangreichem schnellem Gewebszerfall gekommen ist, pflegt die Reaktion positiv zu sein, desgleichen bei Injektion wasserlöslicher Gewebszerfallsprodukte in die Bauchhöhle der Versuchstiere (pneumonisch erkranktes Lungengewebe oder Schilddrüsengewebe, durch Kochen oder chemische Prozesse zum Zerfall gebracht, neutralisiert, filtriert und in klarer Flüssigkeit appliziert).

Der Schmelzpunkt der bei der Reaktion entstehenden Kristalle ist nicht stets derselbe; daher müssen die bei der Reaktion gebildeten und für sie ausschlaggebenden Substanzen auch inkonstant sein. Die Methode ist als eine ganz unzuverlässige zu betrachten. W. v. Brunn (Rostock).

---

70) **W. Zimmermann.** **Zur Frage von der klinischen Bedeutung der Reaktion Cammidge's.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 51.)

Die Reaktion gibt keine absolut sichere Antwort auf die Frage, ob das Pankreas affiziert sei oder nicht. Bei schweren Erkrankungen desselben kann sie negativ ausfallen, während umgekehrt bei positiver Reaktion die Drüse gesund sein kann. Bei Erkrankungen der Leber, des Darmes, des Magens ist die Reaktion oft negativ. Die positive Reaktion fiel im Material des Verf.s immer zusammen mit Erkrankungen der Leber, der Gallengänge, des Magen-Darmkanals, d. h. solcher Organe, die mit dem Pankreas in naher Beziehung stehen; theoretisch konnte man in solchen Fällen immer auch eine Affektion des Pankreas voraussetzen. Endlich waren die Resultate in einem und demselben Falle oft veränderlich: einen Tag positiv, den anderen negativ. Gückel (Kirssanow).

---

71) **R. Leriche.** **Etude clinique sur le cancer du corps du pancréas.** (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 261.)

Verf. hatte Gelegenheit, in der Klinik von Poncet drei Fälle von Karzinom des Pankreaskörpers zu beobachten und ist der Ansicht, daß der Krebs des Körpers zwar viel seltener sei als derjenige des Pankreaskopfes, aber doch keine so große Ausnahme bilde, als man bisher anzunehmen geneigt war. Besonders dürfe nicht außer Acht gelassen werden, daß mancher primäre Krebs des Körpers sekundär auf den Kopf übergeht, nun chronischen Ikterus macht und daher, falls nicht durch Laparotomie die Verhältnisse klar gelegt werden, als Karzinom des Kopfes geführt wird.

In der französischen Literatur der letzten Jahre fand L. 13 Fälle von Korpuskarzinom, wozu die 3 Fälle aus Poncet's Klinik kommen würden, die Verf. eingehend beschreibt.

Das Karzinom des Pankreaskörpers entwickelt sich lokal nach zwei bestimmten Richtungen, die für den ganzen Verlauf der Krankheit sehr wichtig sind. Entweder geht das Karzinom auf den Kopf über, komprimiert den Choledochus und ruft einen chronischen Ikterus ohne Remissionen hervor, oder es wächst nach dem Schwanz zu und macht keine funktionellen Störungen. Bemerkenswert ist das schnelle Wachstum der Pankreaskarzinome. Unter den 16 Kranken fanden sich 11 Männer und nur 5 Frauen; das Lebensalter der Kranken schwankte zwischen 37 und 75 Jahren. Klinisch charakteristisch ist der außerordentlich heftige, tiefsitzende Schmerz oberhalb des Nabels, der nach dem Rücken und nach den Schultern ausstrahlt und mit Anfällen höchster Angst einhergehen kann. Diese Krisen können mit gastrischen Krisen bei Tabes verwechselt werden. Die Differentialdiagnose zwischen einer chronischen Entzündung der Drüse und dem Karzinom kann noch nach Eröffnung der Bauchhöhle schwierig sein; erstere kann durch die einfache Laparotomie ausheilen, wofür L. zwei Fälle von Poncet anführt.

Bezüglich der Behandlung geht die Ansicht des Verf.s dahin, daß man die Laparotomie machen müsse, um die Diagnose sicherzustellen, um eine Cholecystogastrostomie anzulegen usw. Dagegen äußert er sich über eine Resektion des karzinomatösen Pankreas noch recht skeptisch. Literaturverzeichnis von 18 Nummern.

Boerner (Erfurt).

---

72) **N. N. Petrow. Zur Kasuistik der chirurgischen Therapie akut entzündlicher Prozesse in der Pankreasgegend.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 51.)

Pat., ein 17jähriges Mädchen, wurde vor 13 Monaten wegen Leberechinokokkus operiert. Es wurden fünf Blasen entfernt, worauf eine Fistel zurückblieb. Vor 3 Monaten Auskratzung der Fistel, Entfernung einer sechsten kleinen Blase. Seit 2 Tagen starke Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen; am nächsten Tage Durchfall. — Schmerzen, Blähung und Muskelspannung nur im Epigastrium in der Mittellinie. Diagnose: Vereiterung einer neuen Echinokokkusblase. Nach Morphiuminjektion keine Besserung. Laparotomie. Leber gesund. Zwischen den Blättern des Mesenteriums, besonders aber im großen Netz und im Mesokolon zerstreute Hämorrhagien von Punktgröße bis 2 cm Durchmesser, stellenweise mit weißen Fettinseln im Zentrum. Eindringen zum Pankreas zwischen Magen und Querdarm. Im Pankreasschwanz eine apfelgroße, harte, höckrige Geschwulst; zahlreiche Hämorrhagien im umgebenden Bauchfell. Das hintere parietale Bauchfell über der Geschwulst wird durchrissen und vier Tampons hierhergeführt. Gleich nach der Operation schwanden die Schmerzen. Nach 2 Wochen kam ein Eßlöffel dicken Eiters aus der Wunde hervor, später sehr wenig. Nach 6 Wochen war die Wunde, nach 5 Monaten auch die alte Fistel geheilt. 11 Monate später vollständig gesund. — Cammidgeprobe 2mal positiv.

Gückel (Kirssanow).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 11. Sonnabend, den 18. März 1911.

Inhalt.

I.

Zur Entstehung der angeborenen Gaumenspalte.

Von

Sanitätsrat Dr. W. Kramer,

leitendem Arzt des städtischen und Chirurgen des St. Elisabethkrankenhauses in Glogau.

Die Ursachen für das Zustandekommen der angeborenen Gaumenspalte sind bisher noch nicht aufgeklärt, jedenfalls verschiedener Art. Unter den vielen Theorien, die teils auf Grund des Vorkommens erblicher Veranlagung und der Komplikation mit anderen Hemmungsbildungen aufgestellt wurden, teils sich auf anatomische Befunde an der Schädelbasis, den Gesichtsknochen, der Gaumenspalte selbst (Interposition fremder Teile, wie einer von der Oberlippe abgehenden Membran, einer angeborenen Zungengeschwulst, hypertrophischer Rachenmandel

oder von Epithelcysten) stützen, sei hier nur auf die näher eingegangen, die unter Berücksichtigung der normalen anatomischen Verhältnisse der sich entwickelnden Gaumenteile und Zunge dieser eine Rolle bei der Spaltbildung zumißt.

Nach den Untersuchungen von Dursy und später von W. His liegt im zweiten Fötalmonat die Zunge der Schädelbasis und Nasenscheidewand dicht an, um sich an seinem Ende aus dem Raum zwischen den fast senkrecht stehenden Gaumenplatten zurückzuziehen und diesen dadurch eine Abänderung ihrer ursprünglichen Richtung in eine horizontale zu ermöglichen. Wenn auch über den Modus dieser Lageänderung zwischen der Zunge und dem sekundären Gaumen die Ansichten der verschiedenen Anatomen (Dursy, His, Fick, Pölzl, Schorr usw.) erheblich auseinandergehen, so ist doch jetzt von allen Anatomen und auch von Klinikern, z. B. Lexer (Handbuch der praktischen Chirurgie), anerkannt, daß die Zunge anfangs zwischen den Gaumenplatten liegt und erst durch ihr Heruntersinken diesen die Möglichkeit gegeben wird, sich zu vereinigen, daß aber, »wenn die Gaumenplatten durch ein nicht erfolgtes Nachuntenrücken der zwischen ihnen eingeklemmten Zunge an dieser Vereinigung gehindert werden, der sekundäre Gaumen gespalten bleibt« (Peter in Hertwig's Handbuch).

Welche Momente die Zunge nach oben zurückhalten können, ist nun freilich ebenso schwierig zu sagen, wie die Frage zu beantworten, welche Ursachen sie unter normalen Verhältnissen veranlassen, in den breiter gewordenen Unterkiefer herunterzusinken, ob dies durch aktive Muskelkontraktionen oder durch das Wachstum der Zunge und des Unterkiefers nach vorn oder durch die fortschreitende Höhenentwicklung des Gesichts usw. bedingt wird. Da die Zunge beim Uranoschisma in der Regel an normaler Stelle, am Mundboden gefunden wird, müßte man annehmen, daß sie aus irgendwelchen noch unbekannten Gründen nur während der Zeit der sekundären Gaumenentwicklung am Nachuntenrücken verhindert war, später aber doch noch vermocht hat, zwischen den unvereinigt gebliebenen, indes bereits in horizontale Stellung gelangten Gaumenplatten hindurch sich nach unten zurückzuziehen. Die Zahl der Beobachtungen, in denen ihr dies nicht möglich war, die Zunge also mit größter Wahrscheinlichkeit als das Hindernis für den Schluß des Gaumens angesehen werden muß, ist sehr klein. Die erste wurde von demjenigen Anatomen gemacht, der diese neue Lehre aufstellte, von Dursy; dieser fand bei einem Schweineembryo die Zunge noch mit einer Seitenhälfte der Nasenscheidewand anliegend zwischen der einen horizontal und der anderen vertikal stehenden Gaumenplatte. Der einzige klinische Fall ist von Tandler beschrieben; hier hatte mit dem Uranoschisma verbundene Mikrognathie die Zunge gehindert, vorzuwachsen und tieferzugelangen. Ein weiterer sei in folgendem mitgeteilt.

Es handelte sich um einen von gesunden Eltern stammenden, Ende November 1910 rechtzeitig geborenen Knaben von $2^1/_2$ kg Körpergewicht mit Hemmungsbildungen an beiden Händen und Füßen; an den Daumen fehlten die Nagelglieder, an den Zeige- und Mittelfingern das Endglied und der größte Teil des Mittelgliedes, am rechten Fuß sämtliche Zehen, während vom linken nur das Sprung- und Fersenbein vorhanden waren. Als das Kind zum erstenmal zu trinken bekam, fiel der Wärterin auf, daß es nicht schluckte, die Milch durch die Nase abfloß. Ich fand bei der Untersuchung die sonst normal entwickelte Zunge in fast senkrechter Stellung durch segelartig ausgespannte Verwachsungen ihrer Schleimhaut scheinbar am Dache der Mundhöhle fixiert; jedoch ließ sich zwischen ihnen und den unvereinigt gebliebenen Gaumenplatten beiderseits eine Sonde in die Nasenhöhle einführen, an deren Scheidewand die Zunge festsaß. Ich durch-

trennte die Verwachsungen mit der Cooper'schen Schere und stillte die nicht unbeträchtliche Blutung mittels Fingerdruck. Die jetzt nach unten gesunkene Zunge zeigte an ihrem Rücken eine 2 cm hinter ihrer Spitze beginnende, ca, 1,5 cm breite und 3 cm lange Wunde, die durch das Auseinanderweichen der Ränder der durchschnittenen Schleimhautfalte entstanden war; ebenso waren der ganze untere Rand der rudimentären Nasenscheidewand, der nicht ganz ins Niveau der Gaumenspalte reichte, wund, die Ränder der $2^1/_4$ cm breiten doppelseitigen Gaumenspalte hingegen unverletzt. Diese begann 1,5 cm hinter dem normal entwickelten Oberkieferalveolarrand und betraf den ganzen übrigen harten und den weichen Gaumen; die Gaumenplatten standen beiderseits in horizontaler Richtung. — Das Kind hat den Eingriff gut überstanden und sich bisher leidlich weiter entwickelt.

Daß in dem beschriebenen Falle die Zunge die Gaumenplatten an ihrer Vereinigung gehindert hat, ist wohl zweifellos. Auffallend bleibt allerdings, daß diese trotz der abnormen Lagerung der Zunge aus ihrer — nach Schilderung der Anatomen — ursprünglich nach innen unten gerichteten Lage in die horizontale überzugehen vermocht hatten. Ganz unwahrscheinlich ist, daß die Zunge erst in späteren Monaten der Nasenscheidewand adhärent geworden sei. Die fötalen Entzündungsvorgänge, die dazu geführt hatten, müssen sich schon im zweiten, zur Zeit der Extremitätenentwicklung abgespielt haben, hierbei die Hemmungsbildungen an Händen und Füßen verursachend.

Wenn nun auch der Fall zugunsten der neuen Lehre von der Zunge als mechanischem Hindernis für die Vereinigung der Gaumenplatten spricht, so bleibt doch sicher, daß noch andere unbekannte Ursachen die angeborene Gaumenspalte zustandekommen lassen, die vielleicht zumeist in rudimentärer Entwicklung des einen oder beider Oberkieferfortsätze und des Stirnfortsatzes zu suchen sind. Indem diese sämtlich oder zum Teil zu kurz bleiben, können sie nicht aneinander stoßen, und es kommt dann zu ein- oder doppelseitiger Spaltbildung im Gaumen. Mit einer solchen Annahme würden auch ihre Erblichkeit und ihr Vorkommen mit anderen angeborenen Entwicklungsstörungen verständlich werden.

Literatur:

Dursy, Entwicklungsgeschichte des Kopfes des Menschen usw. Tübingen 1869.

W. His, Anatomie menschlicher Embryonen. 1885. Bd. III.

W. His, Beobachtungen zur Geschichte der Nasen- und Gaumenbildung beim menschlichen Embryo. Abh. d. mediz.-phys. Klasse der Kgl. sächs. Gesellsch. d. Wissensch. 1901. Bd. XXVII.

Hertwig, Handbuch der vergl. und experim. Entwicklungsgeschichte. 1902/03.

A. Pölzl, Zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gaumens. Anatom. Hefte 1904. Bd. XXVII. Abteil. I.

G. Schorr, Zur Entwicklungsgeschichte des sekundären Gaumens usw. Anatom. Hefte 1908. Bd. XXXVI.

G. Schorr, Anatomischer Anzeiger 1907. Bd. XXX.

R. Fick, Bemerkungen zur Wolfsrachenbildung. Arch. f. klin. Chirurgie Bd. LXVIII.

J. Tandler, Zur Entwicklungsgeschichte des Uranoschisma. Wiener klin. Wochenschrift 1899. Nr. 7.

Fein, Über die Ursachen des Wolfsrachens und der hinteren Gaumenspalte. Wiener klin. Wochenschschrift 1899. Nr. 4.

II.

Aus der I. chirurg. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.
Dirigierender Arzt: Prof. Dr. Kümmell.

Die Nabelbruchoperation mit ausgedehnter Fettexzision[1].

Von
Dr. F. Oehlecker,
Sekundärarzt.

Handelt es sich bei einem Erwachsenen um eine Nabelhernie, so bietet sich uns fast immer dasselbe Bild: wir sehen eine fette Frau im Alter von etwa 50 Jahren. Die Frau hat mehrere Geburten durchgemacht; sie geht schon jahrelang mit einem Nabelbruch umher; ihre Fettleibigkeit und die Größe des Bruches haben ständig in den letzten Jahren zugenommen. Einklemmungserscheinungen des Bruches führen die Pat. dem Krankenhause zu. Welche Bedeutung eine starke Adipositas für die Entstehung des Nabelbruches eines Erwachsenen hat, das leuchtet wiederum recht deutlich aus zwei Arbeiten des letzten Jahres hervor, die aus der Körte'schen Klinik von Ruge und der v. Eiselberg'schen Schule von Denk veröffentlicht worden sind.

Aber nicht nur für die Ätiologie der Hernia umbilicalis des Erwachsenen spielt die fast immer vorhandene große Fettleibigkeit eine Rolle, sondern auch in bezug auf die Therapie. Bei der Operation solcher Brüche drängen die aufdringlichen Fettschichten geradezu gebieterisch zu einer Exzision. Und jeder wird schon mehr oder weniger bei einem Nabelbruch überschüssige Haut-Fettteile mit entfernt haben. Ich habe nun in ganz bestimmter Weise und nach bestimmten Gesichtspunkten bei Nabelhernien sehr ausgedehnte Fettexzisionen gemacht. Da diese Operationsart, die natürlich keine kosmetische Operation sein soll, beim Arbeiten am Bruchsack wie für die Radikalheilung und auch in anderer Hinsicht einige Vorteile zu haben scheint, so glaube ich diese Art an der Hand von einigen Abbildungen schildern zu dürfen.

Nach gründlicher Desinfektion des ganzen Bauches mit Jodtinktur und nach Abdeckung eines übersichtlichen Operationsgebietes wird ein Hautschnitt in die bogenförmige Querfurche gelegt, die unter dem Hängebauch oberhalb der Regio pubis verläuft. Dann wird vom Schwertfortsatz aus der Nabelbruch zu beiden Seiten weit umschnitten. Diese beiden Schnitte treffen die erste quere Hautinzision, so daß eine ei- oder granatförmige Schnittfigur entsteht. Die Breite der Basis dieser Figur richtet sich nach dem Grade der Fettleibigkeit (s. Abb. 1).

Auf der Aponeurose vorgehend, wird der Bruchring in kürzester Zeit freigelegt. Oberer und unterer Hautlappen werden umgeklappt, angekrallt und hochgezogen. Die seitlichen Hautschichten werden sofort mit großen, schützenden Kompressen bedeckt. Wir haben nun ein zugängliches, übersichtliches Operationsfeld vor uns. Ein Quetschen und Zerren der empfindlichen Hautfettmassen mit Haken fällt weg (s. Abb. 2).

---

[1] Teilweise vorgetragen bei der siebenten Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen in Eppendorf.

Dann wird durch eine kleine Inzision das Peritoneum in der Mittellinie am unteren Umfange des Bruchringes eröffnet. Der hakenförmig eingeführte linke Zeigefinger orientiert sich über den Bruchinhalt; der Bruchring wird gespalten und der Bruchsack weiter eröffnet. Angewachsenes Netz wird reseziert usw. Darmadhäsionen werden am besten nach völligem Umkrempeln des Bruchsackes gelöst. Der ganze Fettblock samt dem oft weitverzweigten Bruchsack wird exzidiert. Diese Hautstücke wiegen zwei bis drei Pfund und mehr (siehe die Abbildungen von zwei Fällen, Abb. 3a, 3b u. 4). Die Entwicklung des Bruchsackes lehnt sich also an die Verfahren von Keen, Condamin und Bruns an.

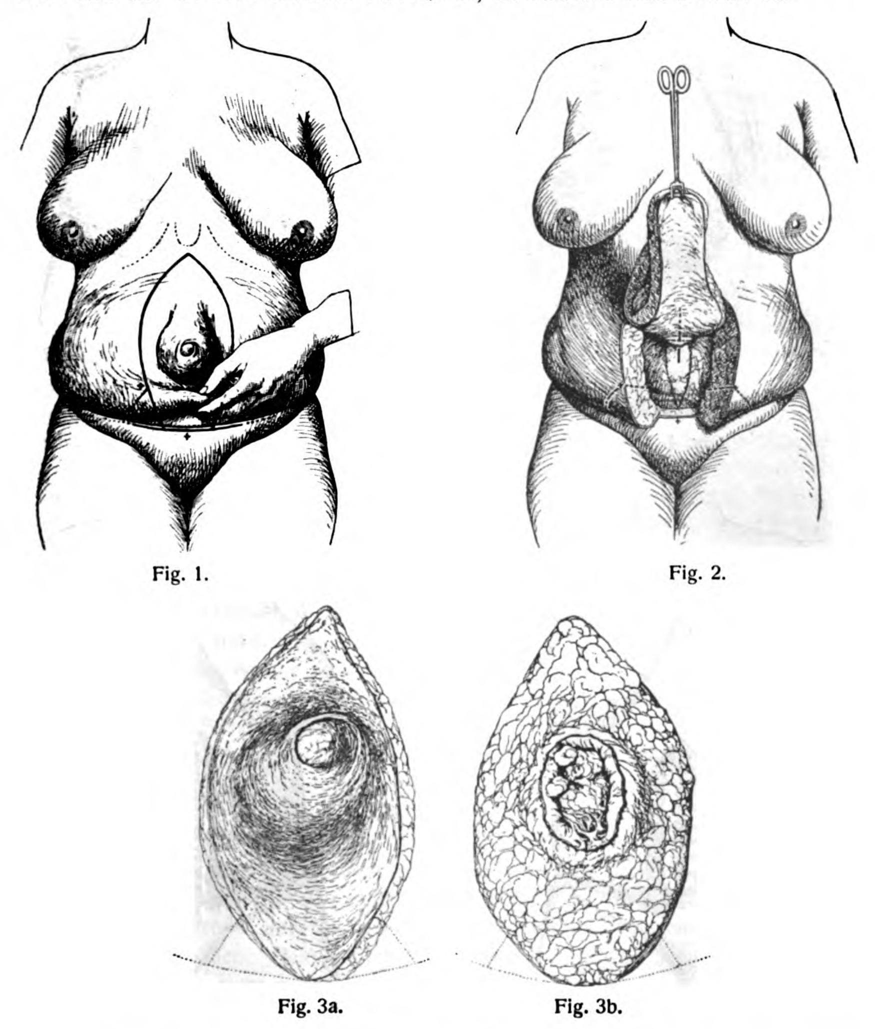


Fig. 1. Fig. 2.

Fig. 3a. Fig. 3b.

Die Bauchhöhle wird in querer Richtung oder in Längsrichtung geschlossen. Gegebenenfalls Reffnaht (s. Abb. 5). Jetzt folgt die wichtige Aufgabe, die Recti sicher aneinander zu bringen. Bei allen Nabelbrüchen der Erwachsenen findet sich ein mehr oder weniger ausgeprägtes Auseinanderweichen der geraden Bauch-

muskeln. Die Hauptfolgerung, die Ruge aus seiner Arbeit zieht, lautet: »Je besser die Muskulatur der geraden Bauchmuskeln erhalten ist, um so größere

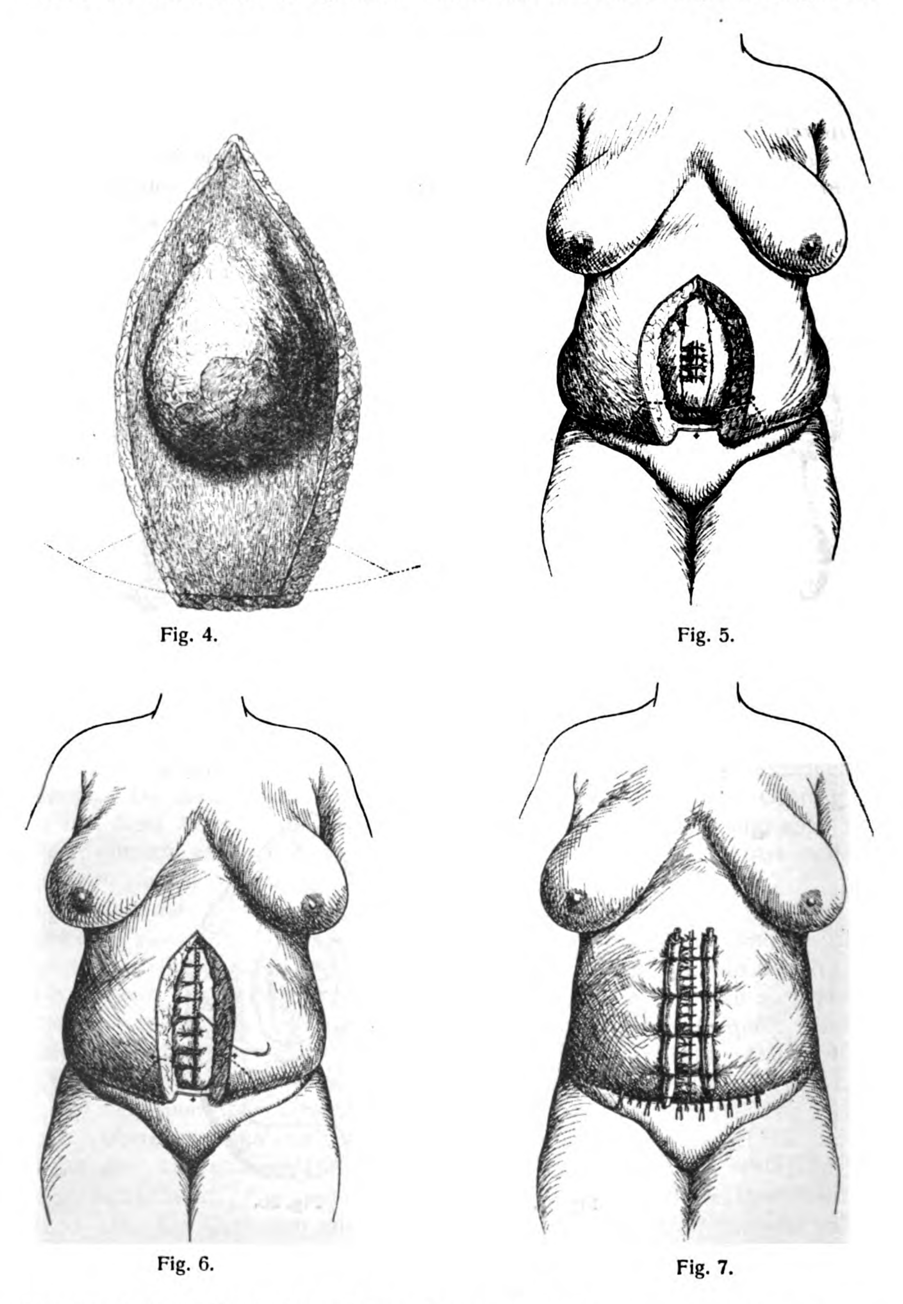


Fig. 4. Fig. 5.

Fig. 6. Fig. 7.

Chancen hat die Radikaloperation«. Diesem Satz kann man noch hinzufügen: und je ausgedehnter und sicherer die Recti in der Mittellinie wieder zusammen

gebracht werden, desto besser sind die Dauererfolge. Bei der vorhin geschilderten Hautexzision liegen nun die Recti in ganzer Länge zugänglich und übersichtlich zutage, und es können die geraden Bauchmuskeln, die allerdings oft recht atrophisch sind, in ihrer ganzen Ausdehnung vereinigt werden. — Wir haben zu diesem Zwecke die Reffnaht gebraucht, wie sie Championnière, Bier und Rotter (Eschenbach, Querraffung) anwenden, und wie sie auch Herr Prof. Kümmell bei großen postoperativen Hernien schon lange mit sehr gutem Erfolg ausgeführt hat: Man legt starke Knopfnähte durch die Rectusscheiden, den Rand der Muskeln mitfassend und die pathologisch breite Linea alba nach der Bauchhöhle zu einstülpend. Ein oder zwei fortlaufende Nähte bringen die Aponeurose noch sicherer und exakter zusammen. (Vor dieser Naht kann die Aponeurose durch Anritzen stellenweise etwas wund gemacht werden.) Selbst bei stärkster Diastase der Recti haben wir die Muskeln stets zusammenbringen können. Der Zug wird in günstigster Weise auf die ganze Länge der Recti verteilt.

Ob die Eröffnung der Rectusscheiden oder andere plastische Methoden nach Gersuny, Ostermayer, Mayo, Bessel-Hagen, Piccoli, Karewski, Wullstein und anderen mehr leisten als eine Reffnaht der ganzen Recti, läßt sich zurzeit noch nicht sicher entscheiden. Die Wahl der Methode wird auch davon abhängen, ob der Zustand des Kranken zu einer schnellen Beendigung der Operation drängt usw.

Wenn die Recti durch Reffnaht vereinigt sind, so ist die Hautwunde in querer Richtung wesentlich kleiner geworden. Es werden dann von den Hautwunden die schützenden Kompressen entfernt. Es werden von den seitlichen unteren Wundwinkeln aus Keile aus der Fettfalte des Hängebauchs herausgeschnitten. Form und Breite der Keile richten sich nach dem jeweiligen Grade der Fettleibigkeit. Entspannungsschnitte werden in der Richtung nach den oberen Darmbeinstacheln zu weiter geführt. Die seitlichen Bauchhauthälften schiebt man sich nach unten und der Mitte zusammen, wie wenn man eine Weste anpaßt. Die Bauchhaut soll mit einer gewissen Spannung wieder um das Abdomen herum liegen. Es darf jedoch die Hautexzision nicht auf Kosten oder zum Nachteil der späteren Naht übertrieben werden. Der Allgemeinzustand der Pat., Kotphlegmone usw. können natürlich eine weite Hautexzision überhaupt verbieten.

Dann wird die Wunde von schlecht ernährten Fettklümpchen gesäubert. Vier seitlich weit durchgreifende, durch die Aponeurose gehende, starke Seidenfäden bringen als Entspannungsnähte die große Wunde in der Mitte zusammen. Diese weit durchgreifenden Nähte knüpfe ich über zwei recht elastische Drainrohre. (Die Rohre können auch gegebenenfalls umwickelt werden.) Auf diese Weise bringt man die großen Wundflächen gut und ausgedehnt aneinander. Es folgen die übrigen Nähte der Wunde (s. Abb. 7.) Es wird um den Leib ein weit herumgreifender Pflasterverband angelegt, der die Wunde entspannen hilft.

Die Naht der großen Wunde erfordert natürlich nicht nur die strengste Asepsis, sondern auch die größte Sorgfalt. Jedes Quetschen und Lädieren der Fettmassen muß vermieden werden. Bekanntlich ist nichts empfindlicher als diese fettreichen Hautschichten. So zieht z. B. Rotter (Eschenbach) bei ganz fetten Personen häufig die Wunden nur mit Heftpflaster zu, um zu vermeiden, daß nekrotisch erweichte Fetteilchen Eiterungen hervorrufen. Die Nachbehandlung der in T- oder Ankerform geschlossenen Wunde muß ebenfalls aufs sorgfältigste überwacht werden. Die Seidenfäden dürfen nicht einschneiden, sie werden möglichst früh durch sichere Heftpflasterstreifen ersetzt. Besonders die Wundgegend über der Regio pubis ist sorgfältig zu schützen: Eine unserer Pat., die ein leichtes Jodekzem

hatte, kratzte sich in der 2. Woche nach der Operation den unteren Wundwinkel — den wunden Punkt der Schnittführung — etwas auf, und es kam zu einer mäßig ausgedehnten aber bald abklingenden Entzündung. Wenn durch diesen Zwischenfall auch das Endresultat bei dieser Pat. kaum beeinträchtigt werden wird, so mahnt doch ein solches Vorkommnis zur Vorsicht. In den übrigen Fällen sind die Operationen ohne wesentliche Störung verlaufen. Die Patt. sind alle nach der Vorschrift von Kümmell am 1. oder 2. Tage nach der Operation etwas aufgestanden. Einige Kranke klagten in den ersten Tagen über etwas Spannungsgefühl im Bauche. Alle Frauen waren froh und dankbar, durch die Operation gleichzeitig mit dem Nabelbruch von einem Teil ihrer Fettleibigkeit befreit zu sein. — Von den Narben ist später fast nur die Narbe in der Mittellinie zu sehen.

Die Operation wurde bei sieben äußerst fetten Frauen ausgeführt. Alle Brüche waren überfaustgroß bis fast straußeneigroß und zeigten alle Inkarzerationserscheinungen (kein Fall von Darmgangrän). Die Frauen standen im Alter von 40, 45, 55, 51, 46, 40 und 57 Jahren. Ferner wurden zwei Frauen mit postoperativen Hernien und großer Fettleibigkeit nach derselben Art operiert.

Da die größte Zahl der Nabelhernien gewöhnlich erst bei Einklemmungserscheinungen ins Krankenhaus zu kommen pflegen, so wird man leider die schöne und erfolgreiche, aber 2 bis 3 Stunden dauernde Graser'sche Operation nicht sehr häufig ausführen können. Diese Operationsmethode, die Graser selbst als den Fascienquerschnitt nach Pfannenstiel-Menge bezeichnet, ist sehr geeignet, mit einer großen Fettexzision verbunden zu werden (siehe die instruktiven Abbildungen bei Graser). Der Hauptteil der Wunde und die spätere Narbe läuft bei dieser Operation allerdings in Nabelhöhe quer über den Leib; die zu kürzende Fettschürze müßte also gegebenenfalls nach oben verzogen werden. — Früher habe ich die Nabelbruchoperation mit querer Exzision der Fettschürze kombiniert, wie Schulz (Demars und Marx) große Fettleibigkeit operativ behandelt haben. Doch bot dieses Vorgehen keine wesentlichen Vorteile.

Wer einige Lust und Neigung für eine sorgsame Naht einer großen, empfindlichen Hautfettwunde mitbringt, dem möchte ich meine Methode der Nabelbruchoperation mit ausgedehnter Fettexzision empfehlen. Diese Methode, die im übrigen auf dem Gebiete der Nabelbruchoperationen nichts Neues bringen kann und soll, schafft unter Schonung der seitlichen Hautwunden ein bequemes und übersichtliches Operationsfeld zur schnellen Entwicklung und Versorgung des Bruchsackes. Der erste Teil der Operation, der eine tiefe Narkose erfordert, und bei dem am Peritoneum gearbeitet wird, läßt sich daher verhältnismäßig schnell erledigen. — Ferner können bei dieser Operationsart die geraden Bauchmuskeln — ein sehr wichtiges Moment für die Dauererfolge — in ganzer Länge bequem übersehen und nach verschiedenen Methoden gut aneinander gebracht werden. Schließlich sorgt die Fettexzision dafür, daß die enger gemachte Bauchhaut gleich einer Leibbinde die tieferen, genähten Schichten des Abdomens stützen hilft. Manche Frau wird von einer lästigen und bei der Arbeit hinderlichen Fettschürze befreit. Ob ein solcher »chirurgischer Karell« auf die Dauer von Bestand sein wird, kann erst die Zukunft lehren.

Literatur:

Graser, Zur Technik der Radikaloperation großer Nabel- und Bauchwandhernien. Langenbeck's Archiv 1906. Bd. LXXX. p. 324.

Schulz, Eine operative Behandlung der Fettleibigkeit. Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1908. Bd. XVIII. p. 776.

Ernst Ruge, Zur Pathologie und Therapie der Nabelhernien der Erwachsenen. Langenbeck's Archiv 1910. Bd. XCI. p. 1.

Denk, Zur Pathologie und Therapie der Brüche der vorderen Bauchwand. Langenbeck's Archiv 1910. Bd. XCIII. p. 711.

Siehe Literatur bei Ruge und Denk.

Nachtrag: Während des Druckes der Arbeit werde ich von einem Gynäkologen auf die »Bauchdeckenplastik« von Weinhold aufmerksam gemacht (Zentralbl. f. Gynäkol. 1909. p. 1332). Weinhold, auf dessen Arbeit ich hinweisen muß, hat bei sehr fetten Bauchdecken einen ähnlichen Hautschnitt gemacht, wie er oben ausgeführt worden ist.

---

1) P. Ehrlich und S. Hata. Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen (Syphilis, Rückfallfieber, Hühnerspirillose, Frambösie). Mit Beiträgen von Nichols, Iversen, Bitter und Dreyer. Mit 27 Textfiguren u. 5 Tafeln. Berlin 1910.

Der Inhalt dieses Buches ist der medizinischen Welt bereits im wesentlichen bekannt. Aber eigentlich müßte jeder, der sich für exaktes Arbeiten interessiert, dieses Buch lesen, um den Gedankengängen Ehrlich's folgen zu können und noch einmal mitzuerleben, wie Baustein zu Baustein für dieses wunderbare Gebäude in exakter Arbeitsmethode zusammengetragen wird. Dem eigentlichen experimentellen Teil H.'s fügte E. ein Vorwort bei, und er gibt in den Schlußbemerkungen eine Zusammenfassung seiner auf Grund der Experimente gewonnenen Ansichten.

Klingmüller (Kiel).

---

2) Jacobaeus (Stockholm). Über die Möglichkeit, die Cystoskopie bei Untersuchung seröser Höhlungen anzuwenden. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 40.)

J. hat für die Untersuchung geschlossener Höhlungen (Peritoneal-, Pleurahöhle und Perikardialraum) einen Apparat herstellen lassen, der aus einem mit einem passenden geraden Cystoskop kombinierten Trokar von der Dicke Nr. 17 Charrière besteht; der letztere ist mit einem selbstschließenden Ventil versehen. Der Trokar (oder zunächst eine Punktionsnadel) wird durch einen kleinen Hautschnitt in die betreffende Höhle eingeführt, mit einer Politzer'schen Luftpumpe verbunden, durch die filtrierte Luft eingeblasen wird, sodann in ihn das Cystoskop gebracht und durch dieses die Besichtigung des Höhleninnern vorgenommen; nach beendigter Untersuchung läßt man die Luft durch Öffnen des Ventils im Trokar wieder ausströmen. Wenn die Höhlen Flüssigkeit enthalten, ist eine Verletzung ihrer Organe durch den Trokar ausgeschlossen; die Flüssigkeit wird entleert und dann Luft eingepumpt. Aber auch bei Fehlen von Flüssigkeit konnte J. die Verletzung der Eingeweide vermeiden. — Es ist ihm durch die Methode gelungen, bemerkenswerte diagnostische Aufschlüsse über Pleura- und Peritonealerkrankungen zu gewinnen; am Herzbeutel hat er sie noch nicht angewandt. Er glaubt, daß das Einblasen von Luft auch zu therapeutischen Zwecken — Verhinderung von Verwachsungen — nutzbar gemacht werden könne. (Kelling [Dresden] stellt in Nr. 45 der Münchener med. Wochenschrift 1910 in kurzer Notiz fest, daß er schon im Jahre 1901 das gleiche Verfahren empfohlen, damals auch neben der Besichtigung der Bauchorgane durch das Cystoskop ihre Palpation unter Leitung des Auges mittes Sonde angewandt habe. Ref.)

Kramer (Glogau).

---

3) **Albarran.** Operative Chirurgie der Harnwege. Ins Deutsche übertragen von Dr. E. Grunert. X u. 1063 S., 541 teils farbige Figuren. Jena, G. Fischer.

Nach den früheren Besprechungen des vortrefflichen französischen Originals und der ersten Lieferung der deutschen Übersetzung bleibt uns nur übrig, die Freude darüber auszusprechen, daß das klassische Werk, in der deutschen Ausgabe ebenso vorzüglich, auch mit den Originalabbildungen, ausgestattet wie in der französischen, vollendet vorliegt und daran den Wunsch zu schließen, daß es bald in den Besitz der Chirurgen übergehen möge. Richter (Breslau).

---

4) **A. M. Tschernoussenko.** Epidural-sakrale Injektionen, bei einigen Neuralgien und Erkrankungen des Urogenitalapparates. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

48 Fälle nach Cathelin behandelt. Die Methode ist nützlich bei Harnstörungen infolge Erkrankung des Rückenmarks, ferner im Anfangsstadium der Prostatahypertrophie bei fehlender Harnverhaltung, bei atonischer und physiologischer Impotenz, bei einigen Neuralgien der unteren Körperhälfte. Sie bleibt ohne Erfolg bei Harninkontinenz im Kindesalter und psychopathischen Ursprungs, ebenso bei psychopathischer Impotenz. — Die Technik wird genau beschrieben. Einmal beobachtete Cholzow Ausfluß von Zerebrospinalflüssigkeit bei einem 10jährigen Knaben. Gückel (Kirssanow).

---

5) **H. E. Hartwell and Edward C. Streeter.** The treatment of infectious of the urinary tract with bacterial vaccines. (Publications of the Massachusetts general hospital Vol. III. 1910. Oktober.)

Auf Grund ihrer an 19 Fällen von Infektion des uropoetischen Systems (Colibazillen, Streptokokken, Staphylokokken) gewonnenen Erfahrungen kommen Verff. zu dem Schluß, daß die Wright'sche Vaccinebehandlung

1) geeignet ist, die Beschwerden bei leichten Formen von Cystitis zu verringern ohne indessen die Pyurie ausgesprochen zu beeinflussen,
2) wertlos ist bei schwerer Cystitis,
3) anscheinend die Heilung bei Pyelitis beschleunigt,
4) auf eine etwa bestehende Bakteriurie ohne Einfluß ist.

E. Melchior (Breslau).

---

6) **Cathelin.** Réflexions cliniques et operatoires sur 73 cas de cancérose de l'appareil urinaire. (Folia urologica Bd. V. Nr. 6.)

Die Mitteilungen C.'s sind besonders interessant durch seine Erfahrungen und Stellungnahme gegenüber Blasen- und Prostatakarzinomen.

Während von 11 Nierenkarzinomen 10mal mit Erfolg operiert wurde, wurde bei 32 Blasen- und 27 Prostatakarzinomen im ganzen nur 6mal operiert, jedesmal mit tödlichem Ausgang. Ref. kann diese überaus ungünstigen Erfahrungen nur bestätigen. Prostatakarzinome sollten seiner Ansicht nach überhaupt ein Noli me tangere sein, und Blasenkarzinome nur im ersten Anfangsstadium operiert werden, wenn man ohne Harnleiterresektionen auskommt.

Sonst bietet die Blasenfistel nach Rovsing dem Erkrankten eine durchaus erträgliche Lebensmöglichkeit für oft noch lange Zeit und ist allen eingreifenden Operationen entschieden bei weitem vorzuziehen. Willi Hirt (Breslau).

---

7) Stierlin (Winterthur). Über Lokalanästhesie bei Phimosenoperation. (Schweiz. Rundschau für Medizin 1911. Nr. 2.)

S., ein warmer Anhänger der 1%igen Stovainlösung mit Adrenalinzusatz (1 Tropfen auf 3 ccm), erlebte damit bei zwei Phimosenoperationen bei Erwachsenen partielle Vorhautgangrän. Da nur wenige Kubikzentimeter injiziert wurden, folgert S. daraus, daß die Vorhaut so schlecht ernährt ist, daß es durch die kombinierte Wirkung von Stovain und Adrenalin leicht zur Gangrän gebracht werden kann. Also ist zur Phimosenoperation das Stovain ohne Adrenalinzusatz zu verwenden. A. Wettstein (Winterthur).

---

8) Oberländer und Kollmann. Die chronische Gonorrhöe der männlichen Harnröhre und ihre Komplikationen. Mit 175 Abbildungen und 7 Tafeln. 2 Aufl. Leipzig 1910. Mk. 20.—.

Das bekannte Lehrbuch liegt in zweiter Auflage vor, welche durch verschiedene Beiträge erweitert ist. Als Nachschlagebuch kann es bestens empfohlen werden, da alle einschlägigen Fragen auf Grund reicher persönlicher Erfahrungen ausführlich abgehandelt sind. Abbildungen und ausgezeichnete Tafeln dienen als wertvolle Ergänzungen. Klingmüller (Kiel).

---

9) E. Groves (Bristol). On the excision of strictures of the urethra. (Bristol med.-chir. journ. Vol. XXVIII. Nr. 110. 1910.)

Sechs Fälle von radikaler Exzision einer Harnröhrenstriktur, welche die großen Vorzüge der Operation gegenüber der Erweiterung und der Urethrotomia interna zeigen. Sämtliche Fälle kamen dauernd und ohne Komplikationen zur Ausheilung.

Bei der von G. ausführlich beschriebenen Operationstechnik wird der M. ejaculatorius distinkt in der Mittellinie durchtrennt und über der Anastomosenstelle der Harnröhre wieder vernäht. Die Exzision, Naht und Anastomose muß die ganze Dicke des Corpus spongiosum in sich schließen, wie es Goldmann bereits früher aus anatomischen Gründen vorschlug. Die Naht nach Exzision der Strikturstelle geschieht in zwei Etagen, von denen die eine die Harnröhrenwand, die andere den fibrösen Überzug des Schwellkörpers vereinigt. Mohr (Bielefeld).

---

10) Choltzow. Traitement radical du rétrécissement de l'urèthre par l'excision de la partie rétrécie. (Ann. des malad. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 21. 1910.)

Verf. hat in 11 Fällen die Exzision der verengerten Harnröhrenpartie vorgenommen; in 5 Fällen handelte es sich um traumatische, in 6 Fällen um gonorrhoische Strikturen. Bei einem Kranken mußte die Operation zweimal ausgeführt werden. In der Kasuistik führt Verf. 13 Krankengeschichten an. Die unmittelbaren Operationsresultate waren in 3 Fällen absolut negativ, in den anderen günstig. Der Mißerfolg fand darin seine Erklärung, daß die Wunde ungeeignet war zur Heilung per primam intentionem. Um mit Sicherheit eine primäre Heilung der resezierten und dann durch Naht zirkulär vereinigten Harnröhre zu erzielen, ist es absolut nötig, der Wunde vollkommene Ruhe zu verschaffen. Führt man einen Dauerkatheter nach der operativen Vereinigung der Harnröhrenstümpfe durch die ganze Harnröhre in die Blase, so kann man ihn nicht so befestigen, daß er nicht unter Umständen die Nahtstelle reizt. Dies geschieht ganz besonders dann, wenn der Katheter aus irgendeinem Grunde gewechselt werden muß. Verf. empfiehlt deshalb, den Dauerkatheter hinter der Nahtstelle durch eine Boutonière

in die Blase einzuführen und in der Wunde sicher zu befestigen. Verfährt man so, so wird die Nahtstelle der Harnröhre vollkommen in Ruhe gelassen und heilt sicher per primam. Nach 8—10 Tagen kann man dann den perinealen Dauerkatheter entfernen; der Harn geht zum größten Teile auf natürlichem Wege ab. Nach weiteren 2—3 Wochen ist die Dammfistel vollkommen geschlossen. Die lineare zirkuläre Narbe der Harnröhre muß natürlich möglichst vor traumatischen Einflüssen geschützt werden; vor allen Dingen dürfen keine forcierten Sondendehnungen vorgenommen werden. Von Zeit zu Zeit wird das Kaliber der Harnröhre durch vorsichtiges Bougieren bestimmt und darauf geachtet, daß keine weiteren narbigen Verengerungen auftreten. In zwei längere Zeit beobachteten Fällen waren die endgültigen Heilungsergebnisse sehr günstig; keine Spur von Strikturrezidiv. Die Harnröhrenresektion ist kontraindiziert bei schlechtem Allgemeinzustand und sehr hohem Alter der Kranken, in den Fällen, wo die strikturierten Stellen sehr ausgedehnt sind oder wo zahlreiche eitrige Fisteln bestehen, die ein aseptisches Operieren unmöglich machen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

11) **Schlenzka. Zur Bedeutung der Harnröhrenpolypen.** (Fol. urolog. Bd. IV. Hft. 10.)

Die Arbeit hebt die diagnostische und operative Bedeutung der Goldschmidtschen Urethroskopie bei Polypen der Harnröhre hervor.

Ref. hat diese Methode gleichfalls vielfach erprobt und kann sie nicht genug rühmen, was die Deutlichkeit der Bilder und die Leichtigkeit eines operativen Eingriffs bei Harnröhrenpolypen, besonders auch der Urethra posterior, betrifft.

Willi Hirt (Breslau).

---

12) **R. Falcone (Napoli). Il cancro del pene trattato con l'emasculazione totale.** (Clin. chir. 1910. Nr. 11.)

Die an der neapolitanischen, chirurgischen Klinik übliche Art der Emaskulation ist folgende: Schnitt von der Mitte der Schenkelbeuge der einen Seite über die Symphyse zur anderen Seite. Darauf wird ein zweiter Schnitt gesetzt, der vom Annulus ing. ext., die Wurzel des Hodensacks umkreisend, zu demselben Punkt der anderen Seite verläuft. Exstirpation der Leistendrüsen oft mit Unterbindung der Vena saphena, isoliertes Abbinden der Elemente des Samenstranges hoch im Leistenkanal. Abpräparieren des Hodensacks bis zum Ansatz des Penis; das Lig. suspensorium wird nach vorheriger Unterbindung der Dorsalgefäße des Gliedes durchschnitten; der Schnitt wird vertieft bis auf die Corpora cavernosa. Dann wird an den Penis dicht bei der Symphyse eine gekrümmte, starke Quetschzange angelegt und die Amputation des Gliedes vorgenommen. Nach Unterbindung der tiefen Gefäße wird die Harnröhre isoliert, werden die Wurzeln der Corpora cavernosa entfernt. Die Harnröhre wird in den perinealen Wundrand eingenäht. Dann wird die Haut T-förmig vernäht. Die Vorteile dieser Technik sind die Asepsis bei der Ausräumung der Leistendrüsen, geringe Blutung; die Entfernung der Wurzeln der Corpora cavernosa nach der Entfernung des infizierten Gliedes hat den Vorteil des Asepsis. Zum Schluß werden zehn derart mit Glück operierte Fälle mitgeteilt.

Stocker jun. (Luzern).

---

13) v. Frisch. Die Krankheiten der Prostata. 305 S. Berlin, Urban & Schwarzenberg, 1910.

Diese überaus wertvolle, umfassende Arbeit war vor wenigen Jahren (1906) im Handbuch der Urologie erschienen. Die zweite Auflage ist jetzt als Monographie herausgekommen und wird so als Einzelexistenz jedenfalls noch viel mehr Leser finden wie früher als Teil eines großen Sammelwerkes.

Dieses Werk ist schon bei seinem ersten Erscheinen an dieser Stelle ausführlich gewürdigt worden; es enthält alles und jedes aus dem Gebiet der Prostatapathologie in so klarer, gereifter Form, daß jedes besondere Lob überflüssig erscheint.

Auch die neuesten, von ihren Autoren manchmal fast leidenschaftlich vertretenen Forschungen aus dem Gebiet der Anatomie und Physiologie der Prostata, namentlich im Hinblick auf die Prostatahypertrophie, finden bei v. F. eine unparteiische, durch eigenes, erfahrenes Urteil belebte, überaus klare Darstellung.

Das aktuellste Thema auf dem Gebiete der Prostatakrankheiten, die Prostatektomie, wird in verhältnismäßig kurzer Form besprochen, aber auch bei diesem, noch immer im Fluß befindlichen Thema vertritt Verf. seinen bestimmten, auf großen Erfahrungen fußenden Standpunkt.

Das einzige, was im negativen Sinne zu erwähnen wäre, ist das Fehlen jeder Abbildung. Willi Hirt (Breslau).

---

14) Schlenzka. Ein neuer Goldschmidt'scher Prostatainzisor. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

Verf. beschreibt ein sehr fein erdachtes Instrument, das kurz vor dem Ableben seines Erfinders fertig geworden ist. Der Inzisor ist in seiner Art dem Bottini ähnlich, bietet aber den großen Vorteil, daß man den operativen Eingriff unter Kontrolle des Auges vornehmen kann. Mit Hilfe dieses Apparates kann man die Einschnitte in den vergrößerten Mittellappen genau so anlegen, wie man wünscht, und ist nicht mehr gezwungen im Dunkeln zu arbeiten.

Damit fällt der Haupteinwand, den man gegen den Gebrauch des Bottini erhoben hat, fort, und auch mancher Chirurg wird das verbesserte Instrument anwenden. Gute Abbildungen unterstützen den Text. Glimm (Klütz).

---

15) Hampton Young. Le cancer de la prostate; analyse clinique, anatomo-pathologique et post-opératoire de 111 observations. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 19. 20. 1910.)

Das Prostatakarzinom ist häufiger, als man im allgemeinen annimmt; man findet es in 20% der Fälle von vergrößerter Prostata. Unter 500 Kranken mit Urinretention hatten 100 ein Karzinom, 400 eine einfache Hypertrophie der Prostata. Die Krebssymptome sind im Durchschnitt die gleichen, wie bei der Hypertrophie; nur die lokalen oder ausstrahlenden, häufig andere Erkrankungen vortäuschende Schmerzen sind sehr oft ein Hauptsymptom. Das Karzinom kann als kleiner Knoten in einer gesunden oder in einer chronisch entzündeten Prostata beginnen; auch eine einfach hypertrophische Prostata kann der Sitz des Karzinoms werden; es entwickelt sich dann meist an einer nicht hypertrophierten Stelle. Am häufigsten sitzt das Karzinom in der hinteren subkapsulären Partie nach hinten von den beiden hypertrophischen Seitenlappen. Der Prostatakrebs bleibt lange Zeit im Innern der Lappen lokalisiert; Harnröhre, Blase und hintere Kapsel widerstehen sehr lange der krebsigen Infiltration. Die periprostatische Ausbreitung

des Karzinoms beginnt gewöhnlich längs der Ductus ejaculatorii und greift dann auf die Samenbläschen und auf die Blase über. Von da verbreitet es sich allmählich auf die untere Fläche des Trigonum und auf die im kleinen Becken sitzenden Lymphdrüsen. Doch werden die Beckenlymphdrüsen verhältnismäßig spät ergriffen, öfters erst dann, wenn die Beckenknochen schon erkrankt sind. Bei Männern über 45 Jahre, bei denen die Samenbläschen und die Prostata sich hart anfühlen oder ein indurierter Knoten in der Prostata nachzuweisen ist, muß ein Karzinom vermutet werden, vorausgesetzt, daß keine alte Prostatitis vorliegt oder ein hypertrophischer Prostatalappen in die Blase vorragt. In solchen zweifelhaften Fällen soll die Diagnose erzwungen werden durch eine explorative Operation und eventuelle mikroskopische Untersuchung zur Probe exzidierter Stückchen. Bestätigt sich der Verdacht auf Karzinom, so ist, wenn irgendmöglich, baldigst die Radikaloperation vorzunehmen. Eine definitive Heilung kann man nur erreichen durch eine methodische Exzision der Samenbläschen, der Ductus deferentes und zweier Drittel des Trigonum. Die Operation ist nicht sehr schwer und nicht gefährlich. Verf. hat sie 6mal vorgenommen; nur in einem Falle trat der Tod im direkten Anschluß an sie ein. Ein Kranker lebt noch $4^1/_2$ Jahre nach der Operation und ist vollkommen gesund. Wenn die karzinomatöse Erkrankung für eine Radikaloperation zu weit vorgeschritten ist und Urinstauungen auftreten, muß man zum Katheter greifen. Größere Erleichterung erzielt man durch palliative Operationen, entweder durch eine Cystostomia suprabubica oder noch besser durch eine vom Verf. als »konservative partielle perineale Prostatektomie« bezeichnete Operation. Die Harnröhre bleibt hierbei unversehrt, die Prostatalappen werden so vollständig als möglich enukleiert, der Blasenhals wird gedehnt. Verf. hat diesen Eingriff bei 19 Kranken vorgenommen, und zum größten Teile mit ausgezeichnetem Erfolge: beschwerdefreie Lebensdauer bis zu 6 Jahren nach der Operation. Paul Wagner (Leipzig).

---

16) Cholzoff. Über die zweizeitige Methode der suprapubischen Prostatektomie. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

C. tritt für zweizeitiges Operieren ein. Nach der Blaseneröffnung ließ er einen Zeitraum von 3 Wochen bis zu $3^1/_2$ Monaten verstreichen, ehe er sich zur zweiten Operation entschloß, damit die Kranken sich inzwischen erholen konnten, der Blasenmuskel sich genügend kräftigte, um ein gutes funktionelles Resultat zu geben. Deetz (Arolsen).

---

17) Luys. La prostatectomie transvésicale et ses résultats. 12 S., 3 Abbildungen. Paris, G. Steinheil.

Indikation für die Operation ist jede größere, ständig auftretende Menge von Residualharn. Gegenindikationen sind Kachexie, Albuminurie, Diabetes. Bei Leuten in guten Verhältnissen, die regelmäßig und aseptisch katheterisiert werden können, ist die Indikation keine dringende. L. hält die transvesikale Prostatektomie für die beste, da er im ganzen drei Fälle operiert hat, dürften seine eigenen Erfahrungen noch nicht allzu große sein. Das Wertvollste an der kleinen Skizze sind entschieden die drei geradezu vorzüglichen Abbildungen der drei Trophäen.

Willi Hirt (Breslau).

---

18) Valentin. Beiträge und Bemerkungen zur Prostatectomia transvesicalis suprapubica. Inaug.-Diss., Würzburg.

Die Arbeit hat dadurch Interesse, daß sie wohl als erste die Stellung der Würzburger Klinik in der Frage der Prostatektomie wiedergibt. Enderlen macht ausnahmslos die suprapubische Operation auch bei mastdarmwärts entwickelten Geschwülsten. Cystoskopiert wird nicht, dagegen wird die Röntgendurchleuchtung der mit Sauerstoff gefüllten Blase vorgenommen. Wird hierbei das Orific. internum urethrae eingestellt, so zeigt sich mit aller Deutlichkeit, ob der Mittellappen hypertrophisch ist oder nicht. Wenn sich diese Angabe weiterhin bestätigen sollte, so wäre damit viel für die Diagnose der Prostatahypertrophie gewonnen; bei dicken Leuten stehen der Methode indes natürlich große Schwierigkeiten entgegen, zumal da das Orif. int. doch unter der Symphyse sitzt. Ätiologisch wird Gonorrhöe abgelehnt, die Prostatahypertrophie wird als eine atheromatöse Neubildung betrachtet. 29 Fälle, 7,8% Mortalität.

Willi Hirt (Breslau).

---

19) Lumpert (Basel). Zur Frage der rezidivierenden Prostatahypertrophie nach Prostatektomie. (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1911. Nr. 3.)

Den beiden von Hedinger (Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte 1906) mitgeteilten Fällen von Rezidiv nach totaler Prostatektomie fügt Verf. einen dritten bei: Nach früheren mehrmaligen unvollständigen Operationen wurde bei Pat. 1907 an der chirurgischen Klinik in Basel eine perineale Prostatektomie gemacht. Bis 1910 war Pat. dann beschwerdefrei, kam jetzt mit falschen Wegen in die Klinik und starb an Urämie. Die Sektion ergab eine Prostata mit den Maßen 9 : $7^1/_2$: 8 cm; der rechte Lappen mehr platt, der linke sehr stark vergrößert. Mikroskopische Untersuchung zeigte einfache Hypertrophie der Prostata, keine Spur von Malignität. — Diese Fälle weisen auf eine sehr große Regenerationsfähigkeit der Prostata hin und sind mit ein Beweis, daß bei der Genese der Prostatahypertrophie, entgegen Ciechanowsky, sicher auch reine proliferierende Prozesse maßgebend sein können.

A. Wettstein (Winterthur).

---

20) Stefanesco-Galatzi. Exstrophie de la vessie, division complète des organes genitaux externes; abscence du sphincter anal. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 21. 1910.)

Die Einzelheiten dieses sehr interessanten Falles, der einen 10jährigen, früher als Mädchen angesehenen Knaben betraf, sowie die entwicklungsgeschichtlichen Bemerkungen, die Verf. hieran knüpft, müssen im Original nachgelesen werden. Juvara kann sich in diesem Falle, wo außer der Blaseninsuffizienz auch eine Mastdarminsuffizienz besteht, zu einem operativen Eingriffe nicht entschließen.

Paul Wagner (Leipzig).

---

21) A. J. Galaktinow. Zur Frage von den intraperitonealen Rupturen der Harnblase. (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

15 Pat. des Petersburger Obuchowhospitals (2 eigene). 5 genasen, 10 starben (von letzteren wurde nur ein Fall 20 Stunden nach der Verletzung operiert, die übrigen nach 48—96 Stunden). 3 geheilte Fälle wurden am 1. Tage, 1 nach $1^1/_2$ Tagen und 1 nach 80 Stunden operiert. Anamnese: Trauma, sehr oft in Trunkenheit. Bei Ileuserscheinungen muß man an Blasenruptur denken. Der

Katheterismus, da er oft zu Infektion des Bauchfells führt, darf nur unmittelbar vor der Operation ausgeführt werden. Man soll die Bauchhöhle nur in Fällen diffuser Peritonitis tamponieren (1 Fall G.'s ging nach Entfernung des Tampons an Kollaps und Darmlähmung zugrunde; bei dem anderen — geheilten — dauerte die Wundheilung lange und wurde nach $2^1/_2$ Monaten durch Pyelocystitis gestört). Der Verweilkatheter muß spätestens am 3. Tage entfernt werden. — Man kann gewöhnlich die Diagnose auch ohne Kateterisation stellen.

Gückel (Kirssanow).

---

22) **Walker. Atony of the bladder without obstruction or signs of organic nervous diseases.** (Annals of surgery 1910. November.)

W. beobachtete bei verhältnismäßig jungen Leuten — seine neun Pat. waren alle unter 40 — eine Blasenstörung, welche sich in folgenden Symptomen äußerte. Es verschlechterte sich allmählich die Fähigkeit zu urinieren, so daß der Urin schließlich nur in ganz geringem Strahl kam und nach Aufhören des Urinierens ein Nachträufeln auftrat. Dabei war das Leiden weder durch obstruierende Erkrankungen (Prostatavergrößerung, Striktur usw.) noch durch ein organisches Rückenmarksleiden bedingt. Cystoskopisch konnte außer Balkenblase nichts nachgewiesen werden, jedoch unterschied sich diese Balkenblase von der bei Prostatavergrößerung und Striktur vorkommenden dadurch, daß das Trigonum nicht befallen war, und daß die Balken feiner und regelmäßiger verzweigt waren wie bei der Obstruktionsbalkenblase. Es machte vielmehr den Eindruck, daß, ähnlich wie bei den durch organische Rückenmarksleiden entstehenden Balkenblasen, zuerst eine Atrophie einzelner Muskelbündel und daran anschließend eine vikariierende Hypertrophie anderer Bündel eingetreten war. Da nun aber ein Rückenmarksleiden mit Sicherheit in den neun beobachteten Fällen auszuschließen war, so glaubt Verf., daß es sich um eine Erkrankung des Blasenreflexzentrums handelt, welches im hypogastrischen und hämorrhoidalen Plexus des Sympathicus liegt. Die Prognose des Leidens ist schlecht. Herhold (Brandenburg).

---

23) **B. N. Cholzoff. Die Behandlung der angeborenen Blasendivertikel und ihre klinische Bedeutung.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

C. beschreibt die verschiedenen Formen der angeborenen Blasendivertikel, ihre Lage an den Seitenwänden und der Hinterwand der Blase, das Verhältnis des Harnleiters zum Divertikel und andere wichtige anatomische Verhältnisse. Die Störungen der Harnentleerung, die die Divertikel verursachen, sind anfänglich meist wenig ausgeprägt und treten erst mehr hervor, wenn das Divertikel durch Harnstauung und Erlahmung seiner Muskulatur eine beträchtliche Größe erreicht hat und es dann auch entweder von selbst oder im Anschluß an Katheterisation zur Infektion kommt. Für die Diagnose wichtig ist das Gefühl einer Geschwulst in der Unterleibshöhle, die bei Injektionen in die Blase sich vergrößert und bei Entleerung der Blase sich verkleinert; am meisten schafft außerdem die cystoskopische Untersuchung der Blase Aufklärung. Die Therapie kann darin bestehen, daß man dem Divertikelurin freien Abfluß nach außen verschafft, oder daß man das Divertikel radikal exstirpiert. Wo nur irgend möglich, sollte das letztere Verfahren angewendet werden. Zugang zu diesen Divertikeln muß man je nach ihrer Lage an der vorderen, seitlichen oder hinteren Blasenwand entweder von den vorderen Bauchdecken oder vom Damm her suchen. Die radikale Entfernung

der hinteren und unteren seitlichen Divertikel soll auf sakralem Wege mit temporärer Steißbeinresektion geschehen. Findet sich ein Harnleiter in dem Divertikel, wie dies auch bei einem vom Verf. operierten Pat. der Fall war, so wird er durchschnitten und in die Blase eingepflanzt. Bei infizierter Blase wird man zuerst durch den hohen Blasenschnitt deren Zustand zu bessern suchen, um alsdann nach einiger Zeit die Radikaloperation des Divertikels anzuschließen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

24) H. Violet et P. Bonnet. Contribution à l'anatomie pathologique de la cystocèle vaginale. (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 373.)

Schon in einer früheren Arbeit (Lyon chirurg. 1909, Bd. II, p. 439, ref. dieses Zentralblatt 1910, p. 216) sprach sich V. im Gegensatz zu der allgemeinen Anschauung dahin aus, daß die Cystocele vagin. nicht durch einen Vorfall der vorderen Scheidenwand hervorgerufen werde, sondern daß sie eine paraperitoneale Hernie vor dem Uterus darstelle, deren Bruchpforte durch den Schlitz zwischen den Ligg. vesico-uterina gebildet werde.

Die Verff. beobachteten nun einen Fall, in dem bei der Operation links neben der Cystocele vagin. eine peritoneale Hernie gefunden wurde; die anatomischen Verhältnisse werden genau beschrieben. Nach den Verff. hatte also derselbe Prozeß eine peritoneale und eine paraperitoneale Hernie geschaffen, Verhältnisse, wie sie uns bei den Leisten- und Schenkelbrüchen ja bekannter sind. V. ist der Ansicht, daß seine Theorie durch diesen Fall eine wesentliche Unterstützung erfahre, zumal die Operation, Vernähung der Ligg. vesico-uterina nach Reponierung, ein vorzügliches Resultat ergab. Das Primäre ist also die Hernie, die erst die vordere Scheidenwand vor sich hertreibt. Zwei Abbildungen im Text.

Boerner (Erfurt).

---

25) Gaudiani. Contributo alla conoscenza dell' ulcera semplice della vesica. (Fol. urolog. Bd. IV. Nr. 10.)

Das noch recht unklare und bestrittene Thema des Ulcus simplex vesicae wird hier wieder einmal im positiven Sinne behandelt, ohne daß doch genaue pathologisch-anatomische Befunde vorgebracht werden könnten. Non liquet.

Willi Hirt (Breslau).

---

26) S. J. Liokumowitsch. Ein Fall von Imprägnation der Blasenwände mit Salzen. (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 46.)

Pat., 52 Jahre alt, kräftig, erkrankte vor 15 Jahren nach Alkoholmißbrauch an akuter Cystitis mit Hämaturie und Harnverhaltung. Seither mehrmalige Krankenhausbehandlung wegen hartnäckiger Cystitis. Cystoskopie: an den Harnleitermündungen Erosionen, Blasenwände überall, außer am Trigonum und am Hals, mit grauen harnsauren Imprägnationen bedeckt. Therapie: Eingießung harnsäurelösender Mittel: 1—2% Lithium salicylicum, 4% Uricedin (bis 20%), 1% Piperazin. Danach schwanden die Imprägnationen teilweise, doch nicht ganz, die Erosionen wurden kleiner. Nun konnte man stellenweise Verhornung des Blasenepithels sehen. Funktion beider Nieren normal. — Die Ursache der Hartnäckigkeit des Falles blieb schließlich unaufgeklärt. Keine Gonorrhöe, keine freien Konkremente.

Gückel (Kirssanow).

---

27) **Herm. Kümmell. Die operative und spezifische Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose.** (Therapie der Gegenwart 1910. Hft. 12.)

Verf.s Erfahrungen basieren auf 125 wegen Nierentuberkulose operativ behandelten Fällen. Die Infektion der Blase erfolgt stets von der Niere aus, die entweder primär oder sekundär von einem anderen Herde im Körper infiziert ist. Wenn Geschlechtsapparat und Blase erkrankt sind, so beruht die Blasenaffektion auf Nierenerkrankung. Die Nierentuberkulose ist meist einseitig und kommt öfter beim weiblichen als beim männlichen Geschlecht vor. Trotz mangelnder subjektiver Angaben und mangelnden objektiven Befundes am Organ kann fast stets durch Katheterismus der Harnleiter und Tuberkelbazillennachweis im Urin der kranken Seite die Diagnose frühzeitig gestellt werden. Blasentuberkulose wird am besten durch Beseitigung der kranken Niere geheilt. Die Diagnose Blasenkatarrh ist mangelhaft. Gonorrhöe bildet für Tuberkulose ein prädisponierendes Moment, Unterleibsbeschwerden sind oft veranlaßt durch beginnende Tuberkulose. Trübung des Urins, leichte Blasenbeschwerden, gestörtes Allgemeinbefinden aus unbekannter Ursache, leichte Schmerzen in der Nierengegend erwecken Verdacht auf Tuberkulose. Tuberkelbazillennachweis im Urin, Blasenspiegeln, Ureterencystoskopie, Chromocystoskopie, funktionelle Nierenprüfung lassen Ort und Grad der Erkrankung erkennen. Die Resultate bei Anwendung von Harnseparatoren sind unsicher, die Infektionsgefahr der gesunden Niere beim Harnleiterkatheterismus ist praktisch sehr gering. Ist die Frühdiagnose gestellt, so schreite man zur Nephrektomie. Sind beide Nieren erkrankt, und liegen dringende Indikationen zur Operation vor, so mache man die Nephrektomie bei normalem Gefrierpunkt, sonst Nephrotomie nebst Entfernung der tuberkulösen und eitrigen Massen, später sekundäre Nephrektomie, wenn die andere Niere sich als funktionsfähig erweist. Sind Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus unmöglich, so nephrektomiere bzw. nephrotomiere man auf der Seite, wo ein verdickter Harnleiter getastet wurde; bei doppelseitiger Erkrankung nephrotomiere man auf beiden Seiten. Seit 1888 hat K. 125mal operiert. 7 Nephrotomien, 1mal doppelseitig, 118 Nephrektomien bei einseitiger Erkrankung. Vor Einführung der neuen Untersuchungsmethoden gaben 12 Nephrektomien 3 Todesfälle, nachher 106 nur 4. Innerhalb der ersten 6 Monate sind weiterhin gestorben 18, nach 2 bis 4 Jahren 9, nach 10 und 13 Jahren je 1, nach unbekannter Zeit 3; Nachrichten fehlen von 4, in Behandlung befinden sich noch 3. Also 32 Todesfälle, 7 ungewisse Resultate, 86 günstige Resultate!

Spontanheilungen bei Nierentuberkulose sind möglich, aber mit einer schweren Zerstörung des ganzen Organs verknüpft (Beispiele). Von der medizinischen Behandlung gibt die Tuberkulintherapie die relativ günstigsten Resultate bei jugendlichen Individuen, aber ein objektiv wissenschaftlicher Nachweis einer wirklichen Heilung ist nach einer kritischen Beleuchtung verschiedener Veröffentlichungen auch hierin nicht erbracht.

Verf. rät unbedingt zur Frühoperation. Thom (Posen).

---

28) **A. Ghedini (Copparo). Contributo alla cura chirurgica dei neoplasmi dell' urocisti.** (Clin. chirurg. 1910. Nr. 10.)

Im Anschluß an 5 Blasengeschwülste (2 Papillome, 2 Epitheliome, 1 multiples Myxom), die Verf. mit Glück exstirpierte, behandelt er die Symptomatologie, Pathologie, Prognose und Therapie dieser Geschwülste. Er hat mit Ausnahme

des ersten Falles, wo es sich um einen Scheidenvorfall handelte, der zugleich operiert werden mußte und deshalb bei der günstigen Lage der Blasenneubildung an der hinteren Wand den Weg wies, die suprapubische Cystotomie angewandt und die Geschwülste mit der sie begrenzenden Blasenwand exstirpiert. G. empfiehlt diese Methode, da man makroskopisch sich kein Urteil über die Gutartigkeit bilden kann. Aus diesem Grunde und wegen der Schwierigkeit, den Grad der Infiltration durch Cystoskopie bestimmen zu können, verwirft Verf. die endovesikale Exstirpation, die einzig für kleine, gestielte Papillome in Betracht kommt. Das Geschwulstbett thermokauterisiert G. Zum Schluß behandelt er die Gefahren der Cystektomie und die vorgeschlagenen Methoden.

Stocker jun. (Luzern).

---

29) **Heitz-Boyer und Doré. Tumeurs musculaires lisses de la vessie.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 22—24. 1910.)

Verff. geben zunächst die ausführliche Krankengeschichte einer 41jährigen Pat. mit orangegroßem, typischem Fibromyom der Blase; Exstirpation von einem hohen Blasenschnitt aus; vollkommene Heilung. In der Literatur finden sich 32 Fälle von aus glattem Muskelgewebe bestehenden Blasengeschwülsten, und zwar handelte es sich in 26 Fällen um gutartige, typische Leiomyome, in den anderen Fällen um bösartige atypische Myosarkome oder Myoepitheliome. Bei den typischen Leiomyomen der Blase unterscheidet man topographisch periphere, kavitäre oder submuköse und interstitielle Geschwülste. Bei den atypischen bösartigen Geschwülsten handelte es sich 4mal um Myosarkome, je einmal um eine Mischgeschwulst und ein Myoepitheliom. Was die Symptomatologie der Blasenleiomyome anbelangt, so machen die reinen interstitiellen Geschwülste keine klinischen Erscheinungen. Auch die peripheren Leiomyome bleiben bei geringer Größe symptomlos; bei stärkerem Wachstum gleichen sie in ihren Symptomen Beckengeschwülsten oder intraabdominalen Geschwülsten. Ausgesprochen intensive Blasensymptome machen die submukösen oder kavitären Blasenmyome, am meisten erst dann, wenn sie bereits eine beträchtliche Größe erlangt haben. Die funktionellen Störungen bestehen in Schmerzen, Dysurie, Pollakiurie, Pyurie, Hämaturie; letztere ist total oder terminal. Ausnahmsweise können dem Urin auch Geschwulstfetzen beigemengt sein. Zur Erkennung der physikalischen Geschwulstsymptome dienen die einfache und bimanuelle Tastung, der Katheterismus und die Cystoskopie. Von Komplikationen sind zu erwähnen: schwerste, anhaltende Blutungen, Störungen durch Kompression der Nachbarorgane durch die Geschwulst. Eine halbwegs sichere Diagnose ist natürlich nur bei den kavitären Geschwülsten möglich. — Die Entwicklung der Blasenmyome schreitet meist langsam fort, gerade so wie bei den meisten Uterusfibromyomen. Sobald die Blasengeschwülste diagnostiziert sind, müssen sie auch operativ entfernt werden. Bei nicht zu großen Geschwülsten kann man die Exstirpation auf endoskopischem Wege versuchen; in allen anderen nimmt man die Exstirpation mittels Sectio alta vor, ohne Ligaturen oder Suturen anzulegen; im Notfalle tamponiert man während 1—2 Tagen. Die peripheren Blasengeschwülste werden wie die uterinen Fibromyome entfernt. Muß man hierbei ein Stück Blase resezieren, so muß die Resektionswunde durch genaue Naht vereinigt werden, damit keine Fistel entsteht. Muß man ein Segment der Harnleiteröffnung mitentfernen, so läßt man den neuen Meatus ureteralis sich von selbst bilden. Von 23 Operierten starben 3 im direkten Anschluß an die Operation; 4 in den nächsten Monaten. Von den

16 Überlebenden ist nur in einem Falle längere Zeit nach der Operation verflossen; der von Kraske operierte Kranke war noch nach 6 Jahren vollkommen gesund.

Paul Wagner (Leipzig).

---

30) Bosch. Sur le traitement des tumeurs vésicales. 54 S. Rotterdam, A. Ter Weeme.

Verf. hat auf Grund von 31 Beobachtungen eine ziemlich reiche Erfahrung. Mit Recht legt er großes Gewicht auf die Behandlung und vor allem die Prophylaxe der Cystitis. Das endovesikale Operationsverfahren empfiehlt er im allgemeinen nur für Rezidive; zuerst soll durch Sectio alta der möglichst gründliche Versuch einer totalen Exstirpation gemacht werden. Bei breit aufsitzenden, infiltrierenden Geschwülsten von verdächtigem Charakter und bei zweifellos bösartigen Geschwülsten soll man sich jedes radikalen Eingriffes enthalten, event. mit dem Operationscystoskop die Wucherungen in Schranken halten und bei verzweifelten Fällen die Witzel'sche Fistel anlegen.

Bei zahlreichen, kleinen gutartigen Papillomen ergibt die Röntgenbestrahlung bei eröffneter Blase gute Resultate.

Willi Hirt (Breslau).

---

31) A. Weith. Un nouveau médicament pour les lavages de la vessie. (Revue méd. de la Suisse romande 1910. Nr. 10 u. 11.)

32) Weith. Encore l'eau oxygènée pour les lavages de la vessie. (Ibid.)

Verf. empfiehlt Wasserstoffsuperoxyd in 3%iger Lösung zur Spülung bei schwerer, eiteriger Cystitis. Bei einem 84 Jahre alten Prostatiker, bei dem alle anderen gebräuchlichen Mittel in Stich ließen, war der Erfolg ein überraschender. Von anderer Seite wurden W. bereits übereinstimmende Resultate mitgeteilt.

Kronacher (München).

---

33) Tennant. Intraperitoneal cystotomy. (Annals of surgery 1910. November.)

Verf. tritt für die häufigere Anwendung der intraperitonealen Harnblaseneröffnung statt der üblichen extraperitonealen, wenn auch nicht in jedem, aber doch in ausgesuchten Fällen ein. Diese intraperitoneale Operation gewährleistet ein viel radikaleres Vorgehen und eine bessere Prognose bei Harnblasengeschwülsten. Wie der normale Urin für das Bauchfell ohne Schaden ist, so ruft auch der infizierte Harn bei der intraperitonealen Methode weniger Bauchfellentzündung hervor als er bei der extraperitonealen Methode Entzündungen des prävesikalen Zellgewebes und der durchschnittenen Muskellagen hervorruft. Die Operation selbst ist sehr einfach, die Blase wird mit Catgut zugenäht, darüber das parietale Bauchfell und die einzelnen Schichten der Bauchwand bis auf eine kleine, für das bis auf das genähte Bauchfell reichende schmale Drain bestimmte Öffnung.

Herhold (Brandenburg).

---

34) Roth. Ungewöhnliche Blasen- und Nierensteine. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Aus dem reichen Material der Casper- und Roth'schen Klinik wird über verschiedene seltene Blasen- und Nierensteine berichtet. Zum Teil haben die Steine nur ganz geringe Beschwerden gemacht, so ein 220 g schwerer Maulbeer-

stein, dessen 74jähriger Träger nur über Schmerzen beim Urinlassen und häufigen Urindrang geklagt hatte. Bei einem anderen Pat. hatte sich um einen Catgutfaden, der zur Unterbindung des Stieles eines Blasenpapilloms gedient hatte, in 4 Monaten ein großer Phosphatstein gebildet. Es ist dadurch der Beweis geliefert, daß auch das resorbierbare Catgut zur Bildung von Konkrementen führen kann.

Durch perineale Prostatotomie wurde ein walnußgroßer Oxalat der Prostata entfernt, der zuerst als Pfeifenstein der Blase imponiert hatte. Die rektale Untersuchung hatte die richtige Diagnose stellen lassen. In einem anderen Falle wurden 174 Steine durch Aspiration oder Lithotripsie entfernt; die spontan entleerten Steine waren zersprungen. Es lag also das seltene Ereignis von spontaner Selbstzertrümmerung der Steine vor, über deren Ursache eine ausreichende Erklärung noch aussteht.

An der Hand dieser und anderer Fälle wird betont, daß alle Hilfsmittel, die klinischen und technischen, zur Anwendung gelangen müssen, bevor man jemand als Sexualneurastheniker erklärt. Glimm (Klütz).

---

35) F. Fournier. Un nouveau modèle de sonde urétérale opaque.

(Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 1. 1911.)

Verf. empfiehlt Sonden aus Seidenstoff bedeckt mit Gummi; in das Gewebe sind metallne Feilspäne eingefügt. Die Sonden werden im Kaliber von 4—9 angefertigt. Paul Wagner (Leipzig).

---

36) Bottomley. Certain congenital strictures of the ureter.

(Annals of surgery 1910. November.)

Verf. hat 56 Fälle angeborener Verengerungen der Harnleiter aus der Literatur hervorgeholt und durchgearbeitet; es handelte sich um 25 männliche und 15 weibliche Individuen, 15mal war das Geschlecht nicht angegeben. Der linke Harnleiter war 27mal, der rechte 17mal, beide 10mal befallen; in einzelnen Fällen betraf die Verengerung einen überzähligen Harnleiter. Die Schlüsse, die B. aus dem Material zieht, lassen sich in folgendem zusammenfassen. Die Ursache der Verengerung ist entweder das Resultat eines primären Defekts oder des Stehenbleibens in einem frühen embryonalen Stadium. Der Harnleiter war teils völlig undurchgängig und zu einem fibrösen Strang verändert, teils zeigte er Verengerung verschiedenen Grades, so daß in einigen Fällen kaum eine feine Sonde durchging. Der Harnleiter kann an allen Stellen verengt sein; endigt er beim Einmünden in die Blase blind, so kann dieses blinde Ende entweder in der Muscularis oder in der Schleimhaut liegen, in letzterem Falle ist eine Hervorwölbung in der Blase vorhanden, unter Umständen so groß, daß die Öffnung des anderen Harnleiters verlegt wird und auf der an und für sich gesunden Seite Störungen der Nierenfunktion eintreten können. Die Rückwirkungen auf das Nierenbecken und die Niere sind verschieden je nach der Enge der Striktur; sie wechseln von mäßigen Nierenbeckenerweiterungen bis zu gewaltigen Hydronephrosen. In einigen Fällen wurde auch Atrophie der Niere beobachtet, was besonders dann vorkommen soll, wenn der gedrückten Niere kein Blut anastomotisch von der Kapsel zugeführt werden kann. Die Symptome bestehen in Urindrang, Blutharnen, Schmerzen in der Lendengegend und bei Hydronephrose in fühlbarer Geschwulst im Leibe. Bei Infektion der Harnwege treten die dafür charakteristischen Symptome hinzu. Nur 7 Fälle von den 56 aus der Literatur gesammelten kamen zur Operation, die in Anlegen einer Nierenfistel oder in Exstirpation der Niere und des Harnleiters

bestanden. Nur das letztere Verfahren hatte ein günstiges Resultat. In Betracht kommen als Operationen noch die Uretero-Cystostomie und bei intravesikal gelegenem blinden Ende die Einpflanzung des Harnleiters nach Ausschneiden der Striktur in die Blase. Herhold (Brandenburg).

37) **Braasch.** Recent developments in pyelography. (Annals of surgery 1910. November.)

B. hält die Injektion von 10—15%iger Collargollösung nach Völcker in den Harnleiter und das Nierenbecken mit nachfolgender Röntgenaufnahme in Verbindung mit der Cystoskopie für ein großes Hilfsmittel, um Nieren- und Harnleitererkrankungen zu erkennen. Wenn auch das Nierenbecken bei verschiedenen Nieren normalerweise verschieden groß ist, so läßt sich doch eine Erweiterung des Nierenbeckens durch die Collargoleinspritzung erkennen. Das mechanisch erweiterte oder Retentionsnierenbecken zeigt eine regelmäßige Erweiterung mit gerader Linie und runde erweiterte Papillen, das entzündlich erweiterte hat dagegen eine unregelmäßige Form. Nierengeschwülste werden nach Collargoleinspritzung nicht immer erkannt; charakteristisch ist die Retraktion des Nierenbeckens und die Verschiebung in der Längs- oder Querrichtung. Von weiterem Wert für die Diagnostik zeigte sich die Collargoleinspritzung bei Hydronephrosen, Hufeisenniere, Cystenniere, Nierentuberkulose, Harnleiterverengerungen usw.

Herhold (Brandenburg).

38) **Nemenow.** Ein seltener Fall pyelographisch dargestellter Verdoppelung des Nierenbeckens und des Ureters. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 2.)

Verf. fand bei der Cystoskopie, daß neben der linken Harnleiteröffnung eine zweite schlitzförmige Öffnung zu erkennen war; durch beide Öffnungen ließ sich der Katheter bis zum Nierenbecken vorschieben. Auf der Übersichtsröntgenaufnahme sind sehr deutlich zwei vollkommen getrennte, sich kreuzende Harnleiter zu sehen, die wie gesondert in die Blase einmünden (Collargoleinspritzung nach Völcker und v. Lichtenberg). Eine Verdoppelung des Nierenbeckens liegt nicht vor. Die Röntgenbilder bestätigen in sehr schöner Weise die Angabe des Verf.s. Gaugele (Zwickau).

39) **Steiner.** Die funktionelle Nierendiagnostik im Dienste der Chirurgie. (Folia urologica Bd. V. Hft. 6.)

Die Bestimmung des Blutgefrierpunktes, deren Wert auch von anderen Autoren schon oft bestritten worden ist, kommt nach S. nur als Notbehelf in Frage, wenn der Harnleiterkatheterismus nicht ausführbar ist.

Die beiden sichersten Methoden sind die Bestimmung des Harngefrierpunkts jeder Niere und die Harnstoffbestimmung jedes Nierenurins. Die Bestimmung des Leitungsvermögens des Harns kommt in Frage bei ganz kleinen Quantitäten Nierenurin. Eigene Erfahrungen werden nicht berichtet. Phloridzinprobe ist bei vorgeschrittenen Fällen unsicher. Verdünnungsverfahren ist nicht immer durchführbar, theoretisch aber begründet.

Die Indigkarminprobe ist ähnlich wie die Bestimmung des Blutgefrierpunkts nur ein Notbehelf.

Die Urinseparatoren werden mit vollem Recht als nicht zweckentsprechend bezeichnet. Willi Hirt (Breslau).

40) Hürter. Zur Röntgendiagnostik der Nierentuberkulose. (Zeitschrift für Röntgenkunde 1910. Hft. 11.)

Bericht über zwei selbstbeobachtete Fälle, bei welchen die Röntgenplatte sehr deutliche Veränderungen der Nieren und Harnleiter aufwies. In beiden Fällen wurde durch Sektion nachgewiesen, daß es sich um Kalkherde im Nierengewebe und um verkalkte Gerinnsel im Harnleiter handelte. Die Wichtigkeit der Beobachtung liegt einmal darin, daß man bei sonst schon festgestellter oder vermuteter Nierentuberkulose durch Röntgenbild schwere Veränderungen feststellen kann, noch mehr aber in der Gefahr, daß solche Kalkherde mit Nierensteinen verwechselt werden können, wie es schon tatsächlich vorgekommen ist. Man wird in Zukunft bei der Untersuchung auf Steine an diese Verhältnisse denken müssen. Trapp (Riesenburg).

---

41) Reed. Extracapsular fixation of the movable kidney. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 12. 1910.)

Das Verfahren R.'s besteht im wesentlichen darin, daß nach möglichst stumpfem Vorgehen bei Freilegung der Niere das Fett der Capsula adiposa ebenfalls stumpf herauspräpariert und die Niere nun durch geeignete Plastik mit der fettbefreiten Capsula adiposa an ihren ursprünglichen Lagerungsort fixiert wird. W. v. Brunn (Rostock).

---

42) Herff. Remarks on floating kidney. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 3. 1910.)

Bei Wanderniere streift H. die Capsula adiposa zurück und legt um jeden Nierenpol neben dem Hilus ein langes Gummidrain mit durchgezogenem starkem Seidenfaden; die freien Enden dieser Drains führt er jederseits neben der Operationswunde durch besondere kleine Öffnungen der Haut, näht mit Catgut die Kapselränder an die Lumbalmuskulatur, vernäht die Hautwunden, legt auf die genähte Wunde eine Rolle aus Mull und knüpft über ihr die Seidenfäden, die durch die Drains gezogen sind. Nach 10 Tagen lassen sich die Drains mit ihren Seidenfäden leicht entfernen. Die Operationswunde ist dann bereits fest verheilt.

24 Fälle hat H. damit sämtlich geheilt und in 4 Jahren kein Rezidiv gesehen. Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

43) Thorkild Rovsing. Beiträge zur Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Hufeisenniere. (Hospitalstidende 1910. Nr. 52. [Dänisch.])

R. hat Gelegenheit gehabt, während 7 Jahre nicht weniger als vier Fälle von Hufeisenniere zu operieren. Nach dänischen Statistiken ist diese Anomalie häufiger als allgemein angenommen wird: Kraft sah sie 6mal unter 3000, Scheel 12mal unter 6142 und Fibiger einmal unter 2294 Sektionen. R. bestätigt die Erfahrungen anderer Chirurgen, daß die unkomplizierte Hufeisenniere Schmerzen veranlassen kann. Diese Schmerzen seien nach R. typisch: drückend, spannend, lokalisiert quer über der Lendengegend und quer über dem unteren Teil des Epigastrium und dem oberen Teil des Mesogastrium; bei Bettlage oder Ruhe verschwinden sie, treten aber bei größerer Körperanstrengung und besonders bei Rückwärtsbeugen der Wirbelsäule konstant auf. R. will dieses Symptom durch Druck der an ihren beiden Enden fixierten Doppelniere gegen die Wirbelsäule und Anpressen des Nierenparenchyms wie der großen Gefäße und Nerven an die

Vorderseite der Wirbel erklären. Ein solcher Schmerztypus sollte Verdacht auf eine Hufeisenniere geben; volle oder relative Sicherheit gebe nur ein positiver Tastungsbefund: Richtung des unteren Nierenpols gegen die Wirbelsäule bei geringer Beweglichkeit desselben. In zwei seiner Fälle stellte R. die Diagnose vor der Operation. In den ersten zwei Fällen wurde die Anomalie erst bei dem Probelendenschnitt (wegen Verdacht auf Stein in einem Falle) entdeckt. Eine Trennung der beiden Nieren wurde wegen technischer Schwierigkeiten nicht ausgeführt. In dem dritten Falle gelang dagegen die Trennung der beiden gesunden Nieren von einem Laparotomieschnitt aus: Inzision des hinteren Peritonealblattes nach rechts vom Duodenum und Kolon und Ablösung dieser Teile nach links. Abklemmung des dicken Isthmus der Hufeisenniere mittels Angiotribs; Catgutnaht der Stümpfe. Pat. wurde vollständig geheilt (doch wird nicht angegeben, ob er dieselben Bewegungen und Anstrengungen, die vorher Schmerzen auslösten, jetzt schmerzlos ausführen kann; Ref.). In dem vierten Falle entfernte R. durch einen Lendenschnitt die pyonephrotische Hälfte einer Hufeisenniere. Heilung.

G. Nyström (Stockholm).

---

44) **E. Papin und E. Christian. Sur trois nouveaux cas de rein en fer à cheval. Considérations sur l'hydronéphrose dans cette anomalie.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 20. 1910.)

Verff. berichten über drei neue pathologisch-anatomische Befunde von Hufeisennieren, die in zwei Fällen zugleich der Sitz einer Hydronephrose waren; und zwar handelte es sich in dem einen Falle um eine einseitige Hydronephrose. Das Vorkommen von Hydronephrose in Hufeisennieren — und zwar handelt es sich hier immer um Hufeisennieren mit oberer Konkavität — ist nichts Außergewöhnliches. Die Verff. stellen 15 bei der Autopsie gefundene Fälle zusammen. Was die Pathogenese der in Hufeisennieren vorkommenden Hydronephrose anbelangt, so nehmen Verff. angeborene Bildungsanomalien — Harnleiterstrikturen, hohe Harnleiterinsertion u. a. — an; die Annahme, daß der Harnleiter beim Passieren des Nierenisthmus abgeklemmt werde, ist unhaltbar. Operative Eingriffe wegen Hydronephrose bei Hufeisenniere — und zwar bestand hier stets nur eine einseitige Erkrankung —, sind bisher in neun Fällen vorgenommen worden; darunter befinden sich zwei Beobachtungen von Albarran und drei von Israel; je eine Operation ist von Braun, Socin, Nash und Enderlen vorgenommen worden. Vor der Operation ist die Diagnose auf Hufeisenniere, und zwar auch auf eine hydronephrotisch entartete Hufeisenniere, mehrmals gemacht worden (Israel, Socin). Bei sieben Kranken wurde mit Erfolg eine Heminephrektomie gemacht. In dem Falle von Braun wurde auch während der Operation zunächst nicht die richtige Diagnose gestellt; es wurde der Versuch der Exstirpation gemacht; Tod infolge starker venöser Blutung. Albarran hat mit Erfolg in einem Falle die Ureteropyeloneostomie gemacht.

Paul Wagner (Leipzig).

---

45) **Loeb. Acute nephritis following acute tonsillitis.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 20. 1910.)

Akute Nephritis als Folgezustand einer akuten Tonsillitis ist viel häufiger als man bisher angenommen hat. Die Nephritis hat hämorrhagischen Charakter, doch fehlen Fieber, Ödeme und Oligurie; die Nephritis entsteht nicht zugleich mit der Tonsillitis, sondern erst in ihrem Gefolge. Man sollte bei akuter Mandelentzündung und im Anschluß daran noch mehrere Male den Urin untersuchen. Chro-

nische Nephritis mag wohl oft einer wiederholten akuten Nephritis nach Angina ihre Entstehung verdanken. W. v. Brunn (Rostock).

46) U. Massi. Nefrite parenchimatosa acuta e setticemia di tetrageno. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 1. 1911.)

Bei einer fieberhaften, septisch verlaufenden akuten parenchymatösen Nephritis, die sich 8 Tage nach einer Tonsillitis eingestellt hatte, ergab die Blutuntersuchung eine Reinkultur von Tetragenus albus, den Verf. für die Infektion verantwortlich macht. M. Strauss (Nürnberg).

47) Melchior. Über die suppurativen Nierenkomplikationen des Typhus abdominalis mit besonderer Berücksichtigung ihrer chirurgischen Bedeutung. (Zentralblatt f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. XIII. Nr. 18. Jena, G. Fischer, 1910.)

Die Arbeit, ein kritisches Sammelreferat über 56 meist neuere Arbeiten, umfaßt die typhösen eitrigen Herderkrankungen der Niere, miliare und solitäre Abszesse, Pyelonephritiden und Pyonephrosen, die perinephritischen Abszesse und die typhöse Infektion der Hydronephrosen und der Steinnieren. Es sei hier auf das lesenswerte Original hingewiesen, das eine auszugsweise Wiedergabe kaum gestattet. W. Goebel (Köln).

48) Eisendrath and Strauss. The surgical importance of accessory renal arteries. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 16. 1910.)

Verff. haben unter 200 untersuchten Nieren in 14% der Fälle accessorische Nierenarterien gefunden, die teils aus der Aorta an verschiedenen Stellen ihres Verlaufes, teils aus der A. iliaca communis entsprangen; in 0,5% der Fälle waren drei Arterien vorhanden.

Kurze Bemerkungen über die Wichtigkeit solcher Verhältnisse für die operative Chirurgie. W. v. Brunn (Rostock).

49) Nicolich. Casi di litiasi delle vie orinarie osservati dal 1898 al 1909. (Fol. urolog. Bd. IV. Hft. 10.)

Ein reiches Material, aus dem einige interessante Mitteilungen hervorgehoben seien.

31 aseptische Nephrotomien bei Lithiasis ergaben 3, 7 septische dagegen 4 Todesfälle. 5 aseptische Nephrektomien bei Lithiasis ohne Todesfall, 30 septische Nephrektomien mit 2 Todesfällen. Die wesentlich geringere Mortalität der septischen Nephrektomie gegenüber der septischen Nephrotomie erhellt hieraus überaus deutlich.

Die Röntgenographie ist bei Nierensteinen, nicht aber bei Harnleitersteinen zulässig. Medullaranästhesie bei Blasen- und Nierenchirurgie ergibt sehr gute Resultate. Willi Hirt (Breslau).

50) Tansini. La mia statistica della nefrectomia. (Fol. urolog. Bd. IV. Nr. 7.)

Auf Grund seiner geringen Mortalität, 2,12% bei 47 Fällen, glaubt T. vor der Nephrektomie die funktionelle Nierendiagnostik entbehren zu können und rühmt

sich, niemals den Harnleiterkatheterismus angewendet zu haben, ein Standpunkt, der in Deutschland hoffentlich keine Billigung finden wird.

Willi Hirt (Breslau).

---

51) Spassokukotzky. Neopyeloplastik bei großen Hydronephrosen.

(Fol. urolog. Bd. IV. Nr. 7.)

Von einem ungeheuer dilatierten Nierenbecken (eine 22 cm lange Sonde konnte den Boden des Sackes nicht erreichen) wurde alles bis auf einen etwa 2 cm breiten Streifen am Nierenhilus weggeschnitten. Aus diesen Resten wurde ein neues Nierenbecken gebildet, der Harnleiter mit einem kegelförmigen, ausgeschnittenen Teil des alten Nierenbeckens an der tiefsten Stelle des neuen Beckens eingepflanzt.

Pat. nach 40 Tagen mit sehr unbedeutender Fistel in der Lendengegend, die einige Tropfen eitriger Flüssigkeit entleert, geheilt entlassen.

Willi Hirt (Breslau).

---

52) H. Coenen. Das perirenale Hämatom und seine Beziehung zur sog. perirenalen Hydronephrose (Hygroma renis) und zur sog. subkapsulären Hämatonephrose (Haematoma renis).

(Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

Das Krankheitsbild ist im Jahre 1856 von Wunderlich unter der Bezeichnung »Apoplexie des Nierenlagers« zuerst beschrieben worden; schon Wunderlich unterschied auch eine traumatische und eine spontane Form. Bisher sind zwölf Fälle von perirenalem Hämatom in der Literatur beschrieben; Verf. teilt von ihnen zunächst die Krankengeschichten mit und stellt sie zum Schluß auch tabellarisch zusammen. C. selbst teilt aus der Küttner'schen Klinik einen neuen, 13., Fall mit:

Ein 17jähriger, kräftiger Jüngling hatte innerhalb des letzten Vierteljahrs zweimal mehrere Tage lang blutigen Harn entleert. Die bei der Aufnahme in der linken Bauchseite gefühlte, unbewegliche Geschwulst wurde deshalb für eine Nierengeschwulst gehalten und operativ angegriffen. Überraschenderweise fand man eine normalgroße Niere, bei der wegen ihrer freieren Beweglichkeit die Nephropexie vorgenommen wurde. Im Laufe des Tages Tod an Verblutung. Bei der Sektion fand man mehrere Hämatome, so im M. quadratus lumborum — hatte als Nierengeschwulst imponiert —, im M. iliacus internus, um die linke Niere. Außerdem wurde eine Nephritis interstitialis beiderseits festgestellt. Wie die postmortal ergänzte Anamnese sicherstellte, handelte es sich zweifellos um einen Bluter.

Verf. bespricht im Anschluß daran das klinische und pathologisch-anatomische Bild des perirenalen Hämatoms. Die Quelle der Blutung ist stets in der Niere zu suchen — Tuberkulose, Geschwulst, Arteriosklerose, chronische Nephritis —. Obwohl die Diagnose bisher nur einmal gestellt wurde, ist sie doch leicht zu stellen aus der von Lenk betonten Symptomendreizahl: plötzlich einsetzender heftiger Schmerz in der Nierengegend, Zeichen innerer Blutung und Entwicklung einer retroperitonealen Geschwulst. Die Prognose ist ernst, da von den 13 Fällen 8 tödlich endeten, von den 10 operierten 5. Die Behandlung muß chirurgisch sein.

Zum Schluß bespricht Verf. das Verhältnis des perirenalen Hämatoms zu

den in der Überschrift genannten Affektionen. Danach handelt es sich bei letzteren um Folgezustände des ersteren.

Zwei farbige Tafeln erläutern den Text. Literaturverzeichnis.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

53) **Bobbio. Perinefrite sclero-adiposa.** (Roy. accadem. di med. di Torino. Sed. del 9. dic. Gazz. degli osp. e delle clin. 1911. Nr. 13.)

Bei einem 52jährigen Mann, der seit 2 Monaten an Schmerzen in den oberen Bauchteilen, an Brechreiz und Verstopfung leidet, findet man eine harte, druckempfindliche, bei der Atmung unbewegliche Geschwulst im rechten Hypochondrium, ohne daß der Harnleiterkatheterismus Unterschiede in der Funktion beider Nieren ergibt. Bei der wegen Geschwulstverdachts vorgenommenen Operation finden sich Wucherungen der Fett- und Bindegewebskapsel der Niere, während die Niere selbst völlig gesund ist. Die teilweise Entfernung jener Massen führt zu völliger Heilung.

Dreyer (Köln).

---

54) **Scudder. The bone metastases of hypernephroma.** (Annals of surgery 1910. Oktober.)

Bei einem Manne wurde der linke Oberarm wegen einer Knochengeschwulst, die für ein Sarkom gehalten wurde, exartikuliert. Die Untersuchung ergab, daß es sich um ein Hypernephrom handelte, und da die linke Niere bei der Untersuchung als vergrößert gefunden wurde, schlug man dem Manne eine zweite Operation vor, die aber verweigert wurde. 5 Jahre nachher starb er, und bei der Operation zeigte es sich, daß die linke Niere zu einem Hypernephrom umgewandelt, und daß die Knochenmetastase des linken Oberarms die einzige Metastase war.

Herhold (Brandenburg).

---

55) **F. F. Ssyssojew. Zur Frage von den Hypernephromen.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 46.)

Beschreibung von vier Fällen, Frauen von 19, 40, 46 und 34 Jahren. 1) Die apfelsinengroße primäre Geschwulst saß im rechten Leberlappen. Im Protoplasma vieler Zellen fand sich gelbliches Pigment (Hämosiderin?). Neben Stellen mit typischem Bau fanden sich Bezirke, die fibrösen Krebs (Scirrhose) vortäuschten. 2) Keine Besonderheiten. 3) Typischer Fall — in klinischer Hinsicht —: mikroskopisch veränderlicher Bau, stellenweise einem polymorphen Sarkom ähnlich. Nephrektomie, später Metastase im linken Femur; Exartikulation, †. 4) Nephrektomie, Heilung. Viele Alveolen mit glasartig durchsichtigen Zellen haben eine Art Lumen im Zentrum, was dem Tumor einen adenomatösen Charakter verleiht und eine Folge von Hämorrhagien und Degeneration der zentralen Zellen ist. Der Tumor hatte die Form einer Cyste, die $^1/_2$ Liter Flüssigkeit enthielt. — In Fall 1 und 2 wurde nur die Probelaparotomie gemacht.

Schlußsätze. Das bösartige Hypernephrom kommt nicht so selten vor, wird aber oft verkannt infolge des komplizierten und veränderlichen Baues. Bei Nierentumor mit Knochenmetastasen und Hämaturie kann man Hypernephrom annehmen. Selbst wenn bei Knochenmetastasen Nierenveränderungen fehlen, darf man eine genaue Nierenuntersuchung nicht unterlassen und findet dann oft doch Veränderungen. Überhaupt müssen viele Stellen untersucht werden, da infolge des wechselnden Bildes nicht überall der typische Bau sich findet.

Gückel (Kirssanow).

---

56) Albert Bauer. Über mesenteriale und retroperitoneale Cysten. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 2 u. 3.)

B. bespricht getrennt die bisher häufig zusammengeworfenen mesenterialen und retroperitonealen Cysten. Nach kurzem historischem Überblick bringt er zur ersten Klasse zwei eigene Fälle aus der Küttner'schen Klinik. Ätiologisch unterscheidet er zwischen Entstehung aus Ductus omphalo-mesentericus und Meckel'schem Divertikel und Entstehung durch Keimversprengung; seine beiden Fälle rechnete er zur letzteren Klasse. Er beschreibt den makroskopischen wie mikroskopischen Bau und die klinischen Symptome, bei welchen in einer Reihe schwerer Fälle akuter Darmverschluß, Peritonitis und schwere eitrige Prozesse im Vordergrunde stehen. Die Diagnose ist schwierig; als charakteristisch wird die Beweglichkeit im ganzen Bauch und das Fehlen der Mitbewegung anderer Organe, ferner das nicht schnelle, selten gleichmäßige, zuweilen ruckweise Wachstum sowie das Auftreten von Darmverschlußsymptomen in kurzen Abständen angegeben.

Bei den retroperitonealen Cysten unterscheidet B. solche, die mit den Wolff-schen und Müller'schen Körpern in Beziehung zu bringen sind, ferner Dermoidcysten, Echinokokkuscysten und Lymph- bzw. Chyluscysten. Er schildert einen eigenen Fall von retroperitonealer Lymphcyste und bespricht Genese, anatomisches Verhalten und Symptomatologie, dabei betonend, daß noch in keinem Falle vor der Operation die exakte Diagnose gestellt werden konnte.

H. Fritz (Tübingen).

---

57) Schmidt and Kretschmer. On the diagnostic possibilities of skiagraphy of the vas deferens, with or without skiagraphy of the ureter. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Verff. hatten an einer Anzahl von Pat. mit Prostatahypertrophie und Eiterungen der Samenblasen Fisteln an den Ductus deferentes angelegt, um vor der beabsichtigten Prostataoperation die Samenblasenaffektion zur Heilung zu bringen. Diese Fisteln benutzten die Verff. nun, um ganz feine Metallsonden in die Ductus deferentes so weit als möglich einzuführen; dann wurde eine Röntgenaufnahme des Beckens angefertigt; in zwei Fällen wurden außerdem die Harnleiter mit Metallsonden versehen, in drei Fällen nur die Ductus deferentes sondiert.

So konnten die Stellen, wo der Harnleiter vom Ductus deferens gekreuzt wird, zur Anschauung gebracht, so können Beckenschatten auf ihre Zugehörigkeit zum Harnleiter bzw. Ductus deferens geprüft werden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

58) L. Fracassini. Sopra una varietà non commune d'idrocele. (Policlinco, sez. prat. XVII. 48. 1910.)

Bei einem 50jährigen Manne bestand seit über 30 Jahren eine Hydrocele testis, die in der letzten Zeit größer geworden war, wobei sich gelegentlich oberhalb des Leistenbandes eine subkutan gelegene, bis zum Nabel in die Höhe reichende, fluktuierende Geschwulst entwickelte.

Die Operation ergab eine Zwerchsackhydrocele (Hydrokele bilocularis), die über 2 Liter Flüssigkeit enthielt. Der Hoden war ektopisch, atrophisch und entzündlich verändert, so daß die Kastration vorgenommen wurde. Der abdominale Sack wurde sorgfältig exstirpiert.

M. Strauss (Nürnberg).

---

59) J. Dellinger Barney. Varicocele. An analysis of 403 cases. (Publications of the Massachusetts general hospital Vol. III. Nr. 2. 1910. Oktober.)

Statistik über 403 Fälle von Varikokele. 54,9% betreffen das Alter zwischen 15 und 25 Jahren; Verf. legt Wert auf die Feststellung, daß 81% der Erkrankten ledig waren; dies spräche für einen Zusammenhang des Leidens mit sexueller Kontinenz. Die linke Seite war in 90,5% die erkrankte; die rechte Seite allein nur in 1%. — In 9% bestanden deutliche psychische Alterationen, besonders nach der depressiven Seite hin. — In 11,5% war der Hoden atrophisch.

Für die Ätiologie von Interesse ist vielleicht der Umstand, daß in 15% angeborene Mißbildungen (Hypospadie, Epispadie) oder angeborene Hernien bestanden.

In einer Reihe von Fällen bestanden gleichzeitig Varicen der Vena saphena bzw. Hämorrhoiden.

Die Behandlung bestand jedesmal in partieller Resektion des Plexus pampiniformis.

Von 39 Nachuntersuchten klagten noch 36% über Schmerzen im Hoden oder in der Leiste. 31% gaben eine abnorme Empfindlichkeit des Hodens an. In 27% bestand noch »sexuelle Hypochondrie«. In 6% war ein Rezidiv eingetreten. Immerhin gaben 80% eine Besserung durch die Operation zu.

Verf. kommt zu dem Schluß, daß die sog. »Radikaloperation« durchaus nicht immer erfolgreich ist und in den meisten Fällen durch eine psychische Behandlung wohl ersetzt werden kann. E. Melchior (Breslau).

---

60) Karl Koch. Zwischenzellen und Hodenatrophie. (Virchow's Archiv Bd. CCII. p. 376.)

K. sucht auf Grund seiner Untersuchungen, die er im pathologischen Institut der Charité anstellte, von neuem die Frage zu entscheiden, ob die Zwischenzellen bei der Hodenatrophie primär oder sekundär eine Rolle spielen. Er kommt zu der Ansicht, daß die Zwischenzellen im Hoden bei der Atrophie der Hodenkanälchen, die das Primäre des Prozesses ist, infolge des durch die Atrophie bedingten sinkenden Gewebsdruckes zu wuchern anfangen; im normalen menschlichen Hoden dienen die Zwischenzellen als Stütz- oder Füllgewebe.

Die Details der histologischen Befunde gehen über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus. Doering (Göttingen).

---

61) Fiori. Sopra una varietà non comme di tumore del testicolo. (Boll. della soc. med.-chir. di Modena XII.)

Bei einem sehr kräftigen und gesunden Manne hatte sich vom 12. Lebensjahre ab am linken Hoden eine mandelgroße Geschwulst entwickelt, die zuerst beweglich und schmerzlos war, während der Pubertätszeit wenig wuchs und keine Beschwerden machte. Erst durch Quetschung beim Reiten traten Beschwerden und Vergrößerung auf, nachdem die Geschwulst schon vorher weniger beweglich geworden war. Bei der Operation ließ sich die Geschwulst, die in fibröser Kapsel steckte, leicht aus dem Hoden ausschälen. Sie bot histologisch neben Samenkanälchen ein eigentümliches, aus polygonalen, dicht aneinander gedrängten Zellen zusammengesetztes Gewebe. Zwischen den Zellen, die oft strangförmig angeordnet waren, lagen helle Zwischenräume, die die bekannten Spermakristalle enthielten. Die Zellen waren zum Teil in lebhafter Karyokinese. Die Diagnose läßt F. offen,

indem er zwischen einer Nebennierengeschwulst und solcher aus Zwischengewebe des Hodens schwankt. Eine Zusammenstellung aus der Literatur ist beigefügt.

Trapp (Riesenburg).

---

62) **Br. Glaserfeld. Über Hodenteratom mit chorionepitheliomähnlichen Bildungen.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. IX. p. 570. 1910.)

Es handelte sich um ein wahres Hodenteratom bei einem 23jährigen Manne. Vorhanden waren Plattenepithelzellen, Darm und drüsige Elemente, Bindegewebe, glatte Muskulatur, Knorpel- und Fettgewebe. Das Plattenepithel hatte sich zu einem wahren Epithelkrebs durch Bildung von Zapfen und Alveolen, sich überallhin ausbreitend, ausgebildet. Dann fanden sich aber syncytiumartige Bildungen, und zwar ohne Vorhandensein einer Langhans'schen Zellschicht, so daß Verf. die syncytialen Wucherungen — es waren wesentlich Fäden — auf die Ektodermzelle als Matrix zurückführt; und zwar machte es den Eindruck, daß die Syncytialfäden in den Lymphspalten der kleinen und kleinsten Gefäßchen gelegen waren; es war also denkbar, daß modifizierte Ernährungsverhältnisse dem atypischen Wachstum Vorschub leisteten. Während demnach ein Teil der Ektodermzellen ein typisches Karzinom erzeugt hatte, wucherte ein anderer in syncytialen Verbänden; nicht aber, wie Verf. betont, in chorionepitheliomatösen Bildungen. Diese fanden sich erst in reichlichem Maße in metastatischen Knoten der retroperitonealen Drüsen! Verf. stellt sich den Vorgang der Metastasierung aber nur durch Verschleppung junger, noch nicht differenzierter Zellen vor, die nun an Ort und Stelle die chorionepitheliomatöse Bildung (übrigens neben Plattenepithelkrebs) bedingten.

Klinisch ist wichtig, daß der Fall von kompetentester Seite zuerst für Hodentuberkulose gehalten und erfolgreich mit Jodoformglyzerininjektionen und Stauung behandelt wurde. Erst $1^1/_2$ Jahre später zeigte sich die bösartige Natur der Erkrankung, und der Tod erfolgte dann nach weiteren $^3/_4$ Jahren. Verf. empfiehlt deshalb warm Probeexzision im Beginn zweifelhafter Hodenerkrankungen.

Goebel (Breslau).

---

63) **Clark and Norris. Conservative surgery of the pelvic organs in cases of pelvic peritonitis and of uterine myomata.** (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Auf Grund ihrer Erfahrungen an 299 Operationen raten die Verff. zu konservativem Vorgehen bei Operationen der weiblichen Geschlechtsorgane, so weit das nur irgend möglich ist.

Bei entzündlichen Affektionen der Tuben warte man möglichst 4—6 Wochen nach völliger Entfieberung bis zu dem eventuell dann noch nötigen Eingreifen; dann entleere man die Eiteransammlungen extraperitoneal soweit als angängig. Ist ein intraperitonealer Eingriff notwendig, so lasse man unter Entfernung der erkrankten Tuben von den Ovarien so viel als möglich zurück, sorge allerdings dafür, daß diesen noch die erforderliche Versorgung mit Blutgefäßen bleibt.

Alle 48 Salpingektomien der Verff. mit Zurücklassung von mehr oder weniger Eierstocksgewebe heilten mit dieser einen Operation aus. Muß man aber beide Ovarien entfernen, so nehme man auch den Uterus mit fort, da er sonst Anlaß zu unangenehmen Störungen werden kann. Bei Fortnahme von Uterus mit den

Tuben ist die Zurücklassung von Eierstocksgewebe stets ratsam, wenn es sich ermöglichen läßt.

Bei Uterusmyomen ist in der Regel die Uterusexstirpation angezeigt, die gefährlichere Myomenukleation bei jungen Frauen indessen zur Erhaltung der Konzeptionsfähigkeit unter Umständen berechtigt. Wird die Hysteromyomektomie ausgeführt, so lasse man aber auch hier möglichst viel von den Eierstöcken zurück, wenn die entsprechenden Gefäße geschont und die Eierstöcke in günstiger Lage zurückgelassen werden können. Von 75 derartig operierten Frauen hat nur eine einzige später über Beschwerden zu klagen gehabt.

Von insgesamt 213 Pat., die in 8 Jahren wegen Myom konservativ operiert wurden, starben 8; darunter waren 169 Hysteromyomektomien mit 4 Todesfällen an Lungenödem, Pneumonie, Herzfehler und Peritonitis und 44 Myomenukleationen mit 3 Todesfällen an Peritonitis, endlich ein Todesfall an Embolie.

W. v. Brunn (Rostock).

---

64) Miller and Gurd. Malignant rhabdomyoma of the vagina in children. (Surgery, gynecology and obstetrics Vol. XI. Nr. 4. 1910.)

Verff. haben selbst einen trotz zweimaliger Operation tödlich geendeten Fall bei einem $2^1/_2$ Jahre alten Mädchen zu beobachten Gelegenheit gehabt und kommen zugleich unter Berücksichtigung der Literatur zu dem Schluß, daß bei kleinen Mädchen gelegentlich Rhabdomyome der Scheide vorkommen, die sehr schnell wachsen und polypöse Massen bilden, die aber nicht metastasieren und deshalb eigentlich die Möglichkeit operativer Dauerheilung geben sollten.

W. v. Brunn (Rostock).

---

65) Seeligmann. Thrombosis of pelvic veins following septic abortion. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. November.)

Eine 26 Jahre alte Frau erkrankte einige Tage nach Entfernung eines viermonatigen Aborts unter hohem Fieber, Schüttelfrösten, kalten Schweißen und Verfall des Pulses. Auf Grund der Untersuchung mußte eine infektiöse Thrombophlebitis, von den rechten Adnexen ausgehend, angenommen werden. Die Laparotomie bestätigte das, die Thrombose setzte sich bis in die V. iliaca communis fort bis zu deren Zusammentreffen mit der linken V. iliaca communis. Hier direkt vor der Einmündung Unterbindung und Ausschälung des ganzen thrombosierten Venenpakets nach Längsinzision des Bauchfells sowie Exstirpation der inneren Genitalien. Genesung nach Überwindung einiger weiterer Schüttelfröste.

W. v. Brunn (Rostock).

---

66) Rosenstirn. A contribution to te question of metastasis of carcinoma in the ovaries and Douglas' cul-de-sac. (Surgery, gynecology and obstetrics 1910. August.)

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen und von eigenen Beobachtungen an 15 obduzierten Fällen kommt R. zu dem Schluß, daß metastatische Krebsgeschwülste sich bei Karzinom der Bauchorgane gern im Douglas'schen Raum entwickeln, und zwar schon, bevor sich Metastasen an den Eierstöcken bilden. Jene Metastasen bilden sich zuerst am tiefsten Punkt des Cavum Douglasii entsprechend dem Gesetz der Schwere. Es braucht das primäre Karzinom durchaus noch nicht die Serosa des zuerst befallenen Organs perforiert zu haben, wenn bereits im Douglas'schen Raum Metastasen bestehen.

Verf. macht den Vorschlag, bei Radikaloperationen von Karzinomen der Bauchorgane die Douglas'sche Tasche in ihrem tiefsten Teil prinzipiell mit zu entfernen.

Drei farbige Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

67) **A. Heddäus. Metastatischer Pleuratumor nach primärem traubigem Cervixsarkom des Uterus.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Bei dem traubigen Sarkom der Gebärmutter sind bisher entfernte Metastasen selten beobachtet worden; auch hatten bei dieser Art des Sarkoms die Metastasen nicht die Traubenform, sondern boten das Bild des gewöhnlichen Sarkoms. H. beobachtete eine traubige Pleurageschwulst nach Exstirpation eines traubigen Cervixkarzinoms. Die Metastase stimmte in jeder Beziehung und in allen Differenzierungen mit der primären Geschwulst überein, so daß man keinen Zweifel hegen kann, daß es sich hier um die Verschleppung einer Keimanlage handelt, die sich zur Metastase ausgebildet hat. Aus der Tatsache, daß man in der letzteren die allmähliche Entwicklung verschiedener Gewebsarten aus einem embryonalen Gewebe erkennen kann, glaubt Verf. für den vorliegenden Fall die Cohnheim-sche Theorie ablehnen zu müssen. Im Gegenteil erscheint ihm der vorliegende Fall als eine Stütze für die Wilms'sche Verirrungstheorie verwertbar zu sein. Wilms sagt nämlich bezüglich der primären Cervixsarkome usw., daß vom Wolff'schen Gang ein undifferenzierter embryonaler Keim ausgeschaltet werden kann, der, anfänglich bei Seite geschoben, später bei seinem Wachstumsversuch sich einem Gewebe und Bedingungen gegenüber findet, die ihm eine normale Differenzierung nicht ermöglichen, so daß es unter Bildung aller möglichen Gewebe ohne bestimmte Ordnung zur Entstehung von Mischgeschwülsten kommt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

68) **G. Friedel. Defekt der Wirbelsäule vom zehnten Brustwirbel an abwärts bei einem Neugeborenen.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

Ausführliche Beschreibung eines Neugeborenen mit der in der Überschrift genannten Mißbildung, d. h. mit einem Defekt von fast der Hälfte der Wirbel. Das an sich lebensfähige Kind ging durch ein bei der Geburt erfolgtes Trauma zugrunde. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

Berichtigung.

Auf p. 141 muß es im Kopfteil der Tabelle statt $^1/_2$ Jahr heißen $1^1/_2$ Jahr.

Ebenda Zeile 13 von unten lies »neue« Operation statt »eine« Operation und füge hinzu: »mit gutem Erfolg in 3 Fällen, $2^1/_2$—4 Jahre andauernd.

Auf p. 277 ist im Referat Nr. 3 auf der letzten Zeile hinter Reproduktionsverfahren einzuschalten »der Röntgenbilder«.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 12. Sonnabend, den 25. März 1911.

Inhalt.

I.

Die Freilegung des Nasenrachenraumes durch mediane Spaltung des Unterkiefers und Ablösung des weichen Gaumens vom harten.

Von

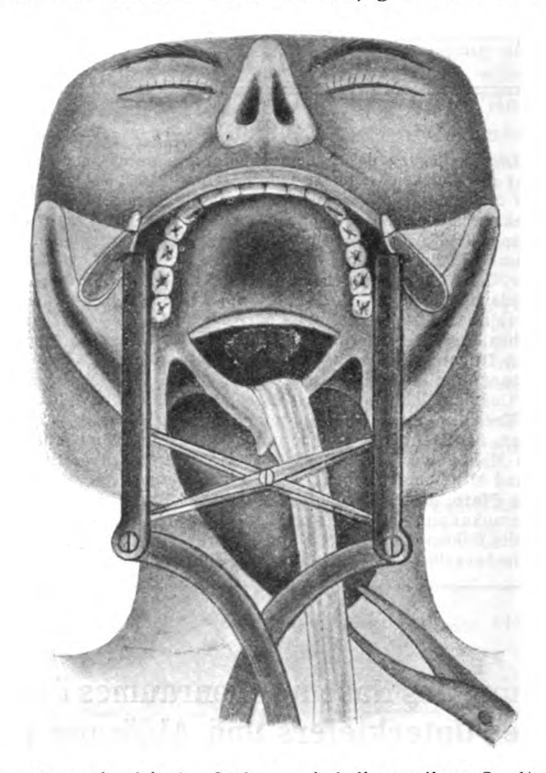
Prof. Ali Krogius in Helsingfors.

Die Methode der Freilegung des Epipharynx behufs Entfernung von Nasenrachen- bzw. Hypophysistumoren, die ich hier beschreiben werde, habe ich schon vor einigen Jahren ersonnen und an der Leiche geübt. Im Jahre 1909 habe ich sie auf dem 8. Kongreß des Nordischen chirurg. Vereins in Helsingfors kurz erwähnt. Erst neulich habe ich aber Gelegenheit gefunden, die Methode in geeigneten Fällen am Lebenden zu prüfen. Da sie dabei die Erwartungen, die ich an dieselbe gestellt hatte, vollauf erfüllt hat, glaube ich sie meinen Kollegen zur Nachprüfung empfehlen zu können.

Wie schon die Überschrift besagt, habe ich zur Freilegung des Epipharynx den Weg durch den Unterkiefer gewählt. Durch mediane Spaltung des letzteren bekommt man ja einen sehr bequemen Zugang zum Pharynx; wenn man dazu noch den weichen Gaumen brückenförmig vom harten ablöst, gelangt man direkt in den Epipharynx. Die Operation ist mit sehr geringem Blutverlust verbunden und hinterläßt nur eine wenig hervortretende Narbe im Gesicht.

Wenn es sich z. B. um die Entfernung eines Nasenrachenfibroms handelt, gestaltet sich die Operation nach dieser Methode in folgender Weise:

Der Pat. liegt mit tief gelagertem Kopf auf dem Operationstisch und wird mit Chloroform-Sauerstoff vollständig narkotisiert. Zunächst wird eine Tracheotomie (mit querem Schnitt nach Otto Franck) gemacht und der Pat. durch



die Kanüle weiterhin narkotisiert. Sodann wird die mediane Spaltung des Unterkiefers genau nach den Vorschriften, die Kocher in seiner Operationslehre für diese Operation als Voroperation zur Exstirpation von Zungenkrebsen angegeben hat, ausgeführt. Die beiden Unterkieferhälften werden, nach Spaltung der Mundschleimhaut an der rechten Seite, mit der Kocher'schen Unterkiefersperre maximal ekartiert und die Zunge mit einer Kugelzange nach unten und links vorgezogen; wenn nötig, kann die Zungenbasis mit einem breiten, rechtwinklig gebogenen Spatel noch kräftig nach unten gedrückt werden. Unter Leitung eines hinter den weichen Gaumen geführten Fingers macht man jetzt in querer Richtung, an der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen entlang, durch die ganze Dicke des letzteren, einen bogenförmigen Schnitt. Der weiche Gaumen wird somit vom harten brückenförmig abgelöst und mit einer Gazebinde, die um denselben

schlingenförmig herumgeführt wird, mitsamt der Zunge nach unten gezogen (vgl. das Bild). Die Blutung ist bei der Durchtrennung des Gaumens ziemlich lebhaft und muß durch Tamponade gestillt werden; durch vorherige Infiltration mit einer schwachen Adrenalinlösung kann sie einigermaßen beschränkt werden. Nach der brückenförmigen Ablösung des weichen Gaumens liegt der Pharynxteil des Nasenrachenfibroms offen zutage und kann unter Leitung des Auges (Stirnlampe!) genau inspiziert und abgetastet werden. Der Tumor nebst umliegender Rachenschleimhaut wird mit einer Adrenalinlösung betupft und mit einer starken Muzeux'schen Zange gefaßt. Nach Durchschneidung der Pharynxschleimhaut an der Basis des Tumors wird die Ablösung desselben am besten mit einem langen, über die Fläche gekrümmten Meißel vorgenommen, wobei eine dünne Knochenschicht mit entfernt werden kann. Durch Zug an der Muzeux'schen Zange wird dann der Tumor mit seinen Nasenfortsätzen extrahiert, was eine ziemlich große Kraftanwendung erfordern kann, wenn die Nasenfortsätze in den Choanen fest eingekeilt liegen. Zuletzt kann man die Ansatzstelle des Tumors noch mit dem Paquelin'schen Kuppelbrenner verschorfen. Lange Jodoformgazestreifen werden von vorn durch die Nasenlöcher eingeführt und gegen die wunde Fläche angedrückt. Naht der Gaumenwunde und Aneinanderpaßung der Kieferhälften mit Silbernaht (der größeren Sicherheit wegen habe ich noch eine im voraus von zahnärztlicher Seite angefertigte Unterkieferschiene aus Kautschuk angelegt). Naht der Hautwunde und Einführung eines Gummidrains unter dem Kinn gegen den Mundboden.

Nach dieser Methode habe ich neulich kurz nacheinander zwei Fälle von Nasenrachenfibrom operiert. Die Operation gestaltete sich im Vergleich mit derartigen Operationen, die ich früher nach anderen Methoden (Kocher, Partsch) ausgeführt habe, ziemlich unblutig; die Pat. überstanden den Eingriff gut, und auch der weitere Verlauf war ein sehr günstiger.

Schon im Frühjahr 1909 habe ich die mediane Unterkieferspaltung zur operativen Behandlung eines Hypophysistumors benutzt[1]. In diesem Falle habe ich aber die Ablösung des weichen Gaumens unterlassen und anstatt dessen nach Löwe's Vorschlag[2] das Velum mittels einer gespalteten, durch die Nasenlöcher herausgeführten und über der Oberlippe geknoteten Binde gegen den harten Gaumen angedrückt. Es gelang mir in dieser Weise ohne allzugroße Schwierigkeit die untere Wand der Keilbeinhöhle zu entfernen und in die Sella turcica einzudringen. Ich fand aber einen weit ausgebreiteten, festen Tumor, von dessen Exstirpation ich abstehen mußte, und der Pat. verstarb am folgenden Tage unter Symptomen von zunehmender Herzschwäche und Lungenödem. In einem künftigen Falle würde ich so vorgehen, daß ich nach Spaltung des Unterkiefers den weichen Gaumen in der oben beschriebenen Weise vom harten ablösen und dazu noch den hinteren Teil des harten Gaumens nebst der hinteren Vomerkante abtragen würde. In dieser Weise könnte man ohne Zweifel den Hypophysistumoren ebenso gut oder, richtiger gesagt, ebenso schlecht beikommen wie nach den jetzt gebräuchlichen Methoden.

Ihre hauptsächlichste Anwendung dürfte die hier beschriebene Methode doch zur Entfernung von Nasenrachentumoren finden. Zwar sind zu diesem Zwecke

[1] Eine ausführliche Mitteilung dieses Falles wird an anderer Stelle erfolgen.

[2] Löwe, Die Freilegung der Keilbeinhöhle und des sphenoidalen Abschnittes der Hirnbasis vom Rachen aus. Zentralbl. f. Chir. 1909.

schon eine ganze Reihe von Voroperationen vorgeschlagen worden[3]. Keine derselben scheint mir aber in dem gleichen Maße wie die meinige verhältnismäßige Gefahrlosigkeit mit bequemem Zugang zum Operationsfelde zu verbinden. Auch der neulich vorgeschlagene Weg vom Halse aus durch eine Pharyngotomia suprahyoidea hat ja die Unannehmlichkeit, daß man in sehr großer Tiefe arbeiten muß.

Die mediane Unterkieferspaltung und besonders die Kombination dieser Voroperation mit der brückenförmigen Ablösung des weichen Gaumens ist, soviel ich weiß, früher nicht zur Freilegung des Epipharynx vorgeschlagen worden. Ich will doch nicht unerwähnt lassen, daß in der v. Bergmann'schen Klinik, nach der Angabe von Pincus (l. c. p. 140), in zwei Fällen eine seitliche Unterkieferspaltung zur Operation eines Nasenrachensarkomes bzw. eines periostalen Sarkoms der Fossa spheno-maxillaris vorgenommen worden ist.

II.

Aus der chirurg. Abteilung des städt. Luisenhospitals zu Dortmund. Prof. Dr. Henle.

Ein einfaches Verfahren zur Bekämpfung des Mediastinalemphysems.

Von

Dr. Max Tiegel,
Sekundärarzt.

Die Behandlung eines bedrohlich auftretenden Mediastinalemphysems ist noch eine offene Frage. Der Vorschlag Sauerbruch's, in der Unterdruckkammer eine breite Thorakotomie anzulegen und die Luftgeschwulst aus dem Mittelfellraum abzusaugen, dürfte nur dann diskutabel sein, wenn die Luft direkt von der Brusthöhle aus in das mediastinale Gewebe eingedrungen ist und wenn ferner eine den schweren Eingriff indizierende endothorakale Verletzung besteht. Seine Ausführung ist von dem Besitz einer Unterdruckkammer abhängig. Ein Erfolg ist wohl nur dann zu erwarten, wenn es bei der Operation gelingt, die Quelle des Luftaustritts zu verstopfen. Gelingt das nicht, so wird nach Schluß der Thoraxhöhle und Entfernung des Pat. aus der Unterdruckkammer das Emphysem bald wieder auftreten.

Eine allgemeiner anwendbare und vor allem weniger eingreifende Methode fehlt uns also noch, besonders für jene Fälle, wo das Mediastinalemphysem nicht direkt von der Brusthöhle aus entstanden ist, sondern von einer Kehlkopf- oder Trachealverletzung aus, oder wo es — meines Wissens nach ist darauf noch nicht hingewiesen worden — als Teilerscheinung eines universellen, von einer Brustwandverletzung ausgehenden Zellgewebsemphysems auftritt.

Ist die Verletzungsstelle leicht zugänglich, dann wird man in solchen Fällen vielleicht durch breite Freilegung derselben und Tamponade der Wunde dem weiteren Luftaustritt in das Zellgewebe und damit dem Fortschreiten des Mediastinalemphysems Einhalt tun können. Doch kann ein solches Vorgehen, nament-

[3] Vgl. die Zusammenstellungen von Custodis (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. XLVII), Pincus (Archiv für klin. Chirurgie Bd. LXXXII), v. Rüdiger-Rydygier jun. (Wiener klin. Wochenschrift 1908) u. a.

lich bei ungünstiger Lage der Verletzungsstelle, immerhin einen längeren, nur in Narkose auszuführenden Eingriff erfordern, während der bedrohliche Zustand des Verletzten ein rasches, unmittelbar auf Beseitigung des mediastinalen Emphysems gerichtetes Handeln verlangt.

Einen solchen Fall hatte ich kürzlich zu operieren Gelegenheit; und dabei hat mir ein einfaches Verfahren, das ich schon seit längerer Zeit für derartige Fälle im Auge hatte, gute Dienste geleistet.

Es handelte sich um einen Mann, welchem aus größerer Höhe eine schwere Eisenstange gegen die rechte Schulter gefallen war. Bei der am 2. Februar d. J. abends erfolgten Aufnahme fand sich ein Hämatom zwischen Wirbelsäule und rechtem Schulterblatt mit mäßigem Hautemphysem in der Umgebung. Kein bedrohlicher Zustand: guter, kräftiger Puls; ruhige, nicht dyspnoische Atmung. Das Röntgenbild zeigte Frakturen der III. bis VII. rechten Rippe, etwa 4 Querfinger von der Wirbelsäule entfernt. Die Nacht über hielt das Wohlbefinden unverändert an, bis am nächsten Morgen plötzlich im Anschluß an einige heftige Hustenstöße das Hautemphysem sich rasch auszubreiten begann: es nahm bald den ganzen Thorax, Bauch, Hals und Kopf ein. Die ruhige unbehinderte Atmung änderte sich jedoch zunächst nicht wesentlich. Erst als das Emphysem die untere Halsgegend stärker aufgeblasen hatte, begann sie dyspnoisch zu werden. Jetzt verschlechterte sich der Zustand rapide, und schon nach etwa einer halben Stunde bestand hochgradige Erstickungsgefahr. Es war also offenbar der Lufterguß von dem subkutanen Gewebe des unteren Halsabschnittes aus in das Mediastinum eingedrungen und hatte ein bedrohliches Mediastinalemphysem hervorgerufen.

Es wird sofort zur Operation geschritten, die in Freilegung der Frakturstelle und Drainage der Thoraxhöhle bestehen sollte. Da sich jedoch während der Vorbereitungen zur Operation die Atemnot weiter in bedrohlicher Weise steigerte, und da es auch bei der Lage und Ausdehnung der Brustwandverletzung fraglich war, ob man ohne Narkose hinreichend schnell an dieselbe herankommen würde, erschien in erster Linie eine Entlastung des Mediastinums erforderlich. Diese habe ich nun in folgender Weise erreicht:

Nach Jodanstrich machte ich ohne Narkose einen etwa 4 cm langen Längsschnitt im Jugulum und ging nach Durchtrennung der Fascie durch das locker aufgeblasene Gewebe stumpf mit dem Finger in die Tiefe, bis ich die Trachea und den hinteren Rand der Incisura jugularis des Sternums tastete. Nach Ligatur einiger blutenden Gefäße stülpte ich über die Schnittwunde eine Bier'sche Saugglocke, die ich mit einer Wasserstrahlsaugpumpe in Verbindung setzen ließ. Ein angeschaltetes Wasserstandregulierventil hielt den Druck in der Saugglocke auf ca. — 30 cm Wasser[1]. Der Erfolg war eklatant! In kontinuierlichem Strome sprudelte aus der Inzisionsöffnung Luft, die, mit dem angesaugten Gewebssaft (die Blutung war minimal) vermischt, in ständig sich erneuernden Blasen die Glasglocke erfüllte. Der Pat. äußerte sofort ein Gefühl großer Erleichterung und auch objektiv ließ sich sofort eine wesentlich freiere Atmung feststellen. Das Emphysem an Hals und Kopf ging rasch zurück; schon nach einer

[1] Daß die Anbringung dieser Vorrichtung mit der erforderlichen Geschwindigkeit gelang, war dem Umstand zu danken, daß wir für unsere Überdrucknarkosen ständig eine Wasserstrahlluftpumpe in einem Vorraum des Operationssaales haben, und daß ich von vornherein ein solches Vorgehen in Erwägung gezogen und daher schon vor Beginn der Operation die entsprechenden Anordnungen getroffen hatte.

halben Stunde konnte Pat. die Augen öffnen, was ihm vorher infolge der stark aufgeblasenen Augenlider nicht möglich war.

Von einem weiteren Eingriff wurde nach dieser offensichtlichen Besserung vorläufig Abstand genommen. Die Absaugung wurde auf dem Krankenzimmer, wo inzwischen eine Saugvorrichtung angebracht worden war, fortgesetzt. Die Glasglocke saugte sich über der Wunde fest und bedurfte so keiner weiteren Befestigung.

Nach etwa 5 Stunden stellte sich wieder vermehrtes Emphysem und Oppressionsgefühl ein. Der Luftaustritt aus der Halswunde hatte nachgelassen, weil es, wie ich annahm, durch Gerinnungsvorgänge und Quellung zur Verstopfung der Gewebsspalten gekommen war. Ein kleiner Handgriff verschaffte sofort Abhilfe: durch kurze Ausschaltung des Regulierventils vermehrte ich für einen Moment den Minusdruck in der Glasglocke erheblich. Der Effekt war der erwartete: es schoß sprudelnd eine Menge seröser Flüssigkeit aus der Wunde hervor, und der Luftaustritt stellte sich sofort wieder ein. Durch entsprechende Ventilstellung wurde nun der Druck in der Leitung auf etwa —60 bis —70 cm Wasser gebracht, und diese vermehrte Saugwirkung genügte jetzt, die Gewebsspalten offen zu halten; der Luftaustritt aus der Wunde wurde nicht mehr unterbrochen, das Emphysem ließ wieder nach. Durch gelegentliche Hustenstöße trat zwar zeitweise wieder eine Vermehrung desselben ein, doch kam es dank der fortwährenden Absaugung nicht mehr zu einer Behinderung der Atmung.

Wegen dieser immer wieder eintretenden Erneuerung des Emphysems durch Hustenstöße, wurde am folgenden Tage unter günstigeren Verhältnissen die Frakturstelle freigelegt und ein Ventildrain in die Pleurahöhle eingeführt. Der Luftübertritt in das Zellgewebe kam auch jetzt noch nicht gänzlich zum Stillstand, weshalb die Saugglocke mit guter Funktion bis zum 3. Tage liegen blieb. Da dann das Emphysem stark zurückgegangen war und sich nicht mehr erneuerte, wurde die Saugglocke erst probeweise, schließlich definitiv entfernt. Die Halswunde zeigte rein granulierende, durch die langdauernde Saugung gequollene Flächen.

Der weitere Verlauf gestaltete sich günstig. Am 5. Tage p. op. machte Pat. ohne Schaden für die frisch verheilte Lungenwunde einen schweren Anfall von Delirium tremens durch, bei welchem er nur mit Mühe von mehreren Wärtern im Bett gehalten werden konnte. Am 6. Tage wurde das Ventildrain entfernt und durch ein gewöhnliches Drain ersetzt, nachdem sich gezeigt hatte, daß bereits genügende Adhäsionen bestanden und keine Aspiration mehr eintrat. Bis zum 16. Tage p. op. war die Temperatur völlig normal; vom 16.—20. Tage infolge Bronchitis Temperatursteigerung; von da ab war Pat. wieder völlig fieberfrei. Die Operationswunden verheilten glatt per granulationem; besonders die Wunde am Jugulum zeigte rasche Heilungstendenz. Am 25. Tage p. op. verließ Pat. das Bett.

Wir gewannen aus dieser Beobachtung alle den Eindruck, daß die hier beschriebene Methode geradezu lebensrettend gewirkt hat. Der Erfolg war so klar und in die Augen fallend, daß ich glaube, das Verfahren jetzt schon zur Nachprüfung empfehlen zu können, zumal das Sammeln weiterer Erfahrungen durch einen Einzelnen bei der Seltenheit solcher Fälle wohl Jahre in Anspruch nehmen würde.

Die Methode ist einfach, rasch, ohne großen Apparat[2] und vor allem ohne

[2] Bier'sche Saugglocken und eine Vorrichtung für die Perthes'sche Drainage sind wohl in dem kleinsten Betriebe vorhanden.

großes Risiko für den Pat. auszuführen. Sie dürfte darum gerade für die zahlreichen Krankenhäuser der Industriereviere, die derartige Fälle relativ am häufigsten in Behandlung bekommen und wohl meistens nicht über eine Unterdruckkammer verfügen, ein therapeutischer Gewinn werden.

Auch die Möglichkeit, die Absaugung tagelang ohne größere Belästigung des Pat. im Krankenzimmer fortsetzen zu können, ist ein großer Vorteil. Sie wird uns häufiger in Stand setzen, in Ruhe abzuwarten und nach Abklingen der ersten stürmischen Erscheinungen den Fall besser zu beurteilen. Vielleicht wird sie uns sogar in gewissen Fällen, in denen die Schwere der Verletzung nicht den ersten bedrohlichen Symptomen entspricht, in denen das Emphysem nach Tagen von selbst zum Stillstand kommt, einen weiteren Eingriff überhaupt ersparen.

Wo man aber um diesen nicht herumkommt, wird man ihn nach Beseitigung der dringendsten Lebensgefahr mit größerer Ruhe vorbereiten und unter günstigeren Bedingungen vornehmen können.

---

1) Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen.

7. Tagung im Hamburg-Eppendorfer Krankenhause vom 21. Januar 1911.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

1) Herr Kümmell: Lumbalanästhesie und intravenöse Narkose.

K. weist auf den Zweck dieser provinzialen Vereinigung hin, die ihre Aufgabe darin sieht, praktisch wichtige Fragen zur Diskussion zu bringen, für die der Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie bei der Fülle der zur Erörterung stehenden neuen Themata keinen Raum biete. Dementsprechend habe er eine Aussprache über die Lumbalanästhesie und die intravenöse Narkose angeregt. Das von König in dankenswerter Weise auf dem letzten Chirurgenkongreß gehaltene Referat habe als Sammelreferat den kaum vermeidbaren Nachteil, daß aus Zahlen, die unter zu verschiedenartigen Voraussetzungen gesammelt wurden, weittragende Schlüsse gezogen worden seien. Wenn demzufolge Herr König eine der Anästhesie zur Last zu legende Mortalität von 1 auf 200 berechnet habe, so dürfe das nicht unwidersprochen bleiben. Diesen Zahlen ständen z. B. die Ergebnisse auf der K.'schen Abteilung grell gegenüber, nach denen bei annähernd 2000 Lumbalanästhesien kein Todesfall und im letzten Jahre nur 0,2% Versager eingetreten seien.

Die ganze Frage der Lumbalanästhesie hält K. für eine Frage der Technik und des Präparates. Was die zwei von König angeführten Fälle von eitriger Meningitis im Anschluß an die Lumbalanästhesie angehe, so teilt K. nicht den König'schen Standpunkt, daß derartige Fehler einem modernen Chirurgen niemals unterlaufen könnten. Es handle sich da vielleicht um unvermeidbare, in der Unvollkommenheit alles Menschlichen begründete Fehler. Jedenfalls halte er eine derartige Ursache (Infektion) für wahrscheinlicher, als die Infektiosität des Präparates. K. glaubt nicht, daß die Lumbalanästhesie berufen ist, die Allgemeinnarkose zu verdrängen, daß sie aber ein mit dieser konkurrierendes und in gewissen Fällen vorzuziehendes Verfahren darstellt; den Vorzug verdiene sie unter anderen bei der Operation von Prostatikergreisen, wie die an der K.'schen Abteilung an einem großen Material gemachten Erfahrungen beweisen. Auch bei Kindern, von 7 Jahren aufwärts, ist auf K.'s Klinik das Verfahren in einer erheblichen Anzahl von Fällen zur Anwendung gebracht; und es war überraschend, wie gerade die Kinder auf Grund der bei der Operation gehabten Eindrücke um ihren Willen

befragt, den »Rückenstich« der allgemeinen Betäubung vorzogen. Was die Frage der intravenösen Narkose anbetrifft, die ja auf dem Chirurgenkongreß Besprechung finden werde, so richtet K. an die Kollegen noch einmal die Aufforderung, das Verfahren nachzuprüfen. Die Gefahren der Thrombenbildung dürfe man nicht überschätzen. Derartige Thromben treten nach jeder intravenösen Infusion meistens auf, auch zuweilen sogar bei Anwendung physiologischer Kochsalzlösung. Als Vorteile der intravenösen Narkose hebt K. die Ersparnis an Narkotikum und die gleichzeitige Zufuhr von physiologischer Kochsalzlösung zur Hebung der Kräfte der elenden Pat. hervor.

Diskussion: Herr König (Greifswald) gibt zu, daß die von ihm und Hohmeier berichtete Sammelstatistik über 2400 an zahlreichen anerkannten Instituten innerhalb eines Jahres nicht das zeigen, was bei sorgfältigster Ausführung mit der Lumbalanästhesie erreicht werden kann. Dagegen zeigt sie schonungslos, was wirklich im Verlaufe des Berichtsjahres in diesen 2400 Fällen erlebt wurde; und ihr Ergebnis ist um so bedeutsamer, als es mit dem einer Sammelstatistik der British medical association ganz gut harmoniert.

K. zieht aus der Statistik auch heute noch die Lehre, daß man die Lumbalanästhesie nur in ganz besonderen Fällen anwenden soll, bei denen man nach der ganzen Sachlage (schwer operables Rektumkarzinom usw.) auch die Verantwortung eines ungünstigen Ausganges auf sich nehmen kann. Dieser Standpunkt wird erleichtert durch die vortrefflichen Erfolge unserer Inhalationsnarkosen und vor allem durch die hohe Ausbildung der Lokalanästhesie (Novokain-Suprarenin nach Braun-Zwickau). K. operiert fast alle Hernien, alle Hydrokelen, Strumen ohne Narkose, hat auch suprapubische Prostatektomie und sogar Appendektomie in Lokalanästhesie ausgeführt, alle Mastdarmfisteln, Hämorrhoiden usw. Die Zahl der Narkosen ist außerordentlich eingeschränkt. In einem Falle, welcher unter Lokalanästhesie operiert werden kann, Lumbalanästhesie anzuwenden, hält K. für unzulässig.

Herr W. Müller (Rostock) hält seine auf dem letzten Chirurgenkongreß geäußerten Bedenken über den Wert der Statistik König's aufrecht. 2% Todesfälle infolge der Lumbalanästhesie sei viel, er würde nach solchen Erfahrungen die Lumbalanästhesie auch aufgeben. Bei einem Material von etwa gleicher Größe wie die König'sche Sammelstatistik käme aber z. B. für die Rostocker Klinik noch nicht 1‰ Todesfälle heraus, auch wenn M. den einen Fall mitrechne, der wohl sicher nicht dem Verfahren zuzurechnen sei. (Fall von Ileus im letzten Stadium.) M. betont, daß bei den letzten 2—300 Fällen auch die Kopfschmerzen ganz bedeutend seltener geworden seien, seitdem nämlich das Adrenalin in Fortfall gekommen sei. Heftigere und anhaltende Kopfschmerzen sind seit Anfang Juli 1910 überhaupt nicht mehr beobachtet worden. M. bekennt sich auch heute als Freund der Lumbalanästhesie. Die Statistik habe sich mit Vervollkommnung der Technik immer günstiger gestaltet. Statistiken über Allgemeinnarkosen seien doch auch in den ersten Dezennien ihrer Anwendung sicher schlechter als in moderner Zeit, wo die Technik so sehr vervollkommnet sei. Die Lokalanästhesie habe übrigens auch Kontraindikationen und nicht nur Vorteile gegenüber der Allgemeinnarkose. Die Ausschaltung der Psyche behalte doch ihren Wert bei gar manchen Operationen, und man müsse auf der Hut sein, die Technik der Inhalationsnarkose nicht zu verlernen.

Herr Anschütz (Kiel) meint, daß gerade die ausgezeichnete Sicherheit der so sehr vervollkommneten Allgemeinnarkose den Entschluß, die Lumbalanästhesie anzuwenden, erschwere. Er fragt, wie es mit der Narkose bei Versagern der Lumbalanästhesie stehe.

Herr Neuber (Kiel) redet sehr der Leitungsanästhesie das Wort. Wer nicht sehr geübt sei, der müsse Lumbalanästhesie und intravenöse Narkose vermeiden. Er weist auf die von Küttner mitgeteilte Embolie hin.

Herr Kümmell hält es nicht für richtig, auf Grund eines Mißerfolges, welcher bei der intravenösen Narkose beobachtet worden, eine Methode einfach zu verurteilen und nicht weiter zu prüfen. Er wolle nur noch einmal betonen, daß er bisher eine Embolie nie gesehen habe, daß er aber die Möglichkeit einer solchen nicht leugne. Trotzdem hätten seines Erachtens große Institute die Pflicht, derartige neue Methoden mit so vielen Vorteilen nachzuprüfen.

Herr Hölscher (Lüneburg) hat bei seinen 470 seit 1905 mit Stovain, Tropakokain und Novokain ausgeführten Lumbalanästhesien weder einen Todesfall noch eine sonstige dauernde Schädigung erlebt, und empfiehlt deshalb die Lumbalanästhesie warm, besonders für Operationen am After, Damm und Umgebung, da ihm bei diesen überhaupt keine Versager vorkamen. Schädigungen durch bei Versagern hinzugefügte Allgemeinnarkose (Äther) wurden ebenfalls nicht beobachtet. Die intravenöse Äthernarkose hat er, da bei zwei Fällen Thrombose der Armvenen vorkamen, die allerdings ohne schlimme Folgen abliefen, nicht weiter ausgeführt.

Herr Baum (Kiel) erwähnt, daß er etwa zehnmal die rektale Äthernarkose mit ganz gutem Erfolg anwandte, dann aber kamen üble Zufälle, blutige Diarrhöen, Dickdarmgeschwüre: ein Pat. starb an Perforation. Auch die intravenöse Narkose scheint nicht gefahrlos zu sein.

Herr Ringel (Hamburg) schildert die Vorteile der Kuhn'schen peroralen Intubation, besonders bei Operationen im Munde, z. B. Gaumenspalten.

Herr Eugen Fraenkel (Hamburg) weist darauf hin, daß bei intravenösen Infusionen aller Art Thromben vorkommen, wie er sie besonders nach der Kochsalzinfusion in der Choleraepidemie erlebte. Ihre Bedeutung scheint ihm etwas überschätzt zu werden; es handelt sich nur um kurze, dünne Gerinnsel.

Herr Waitz (Hamburg) fragt, ob, abgesehen von Todesfällen, andere Folgezustände nach Medullaranästhesie beobachtet sind. Er berichtet über einen Fall, in dem nach einer mit vollem Erfolg verlaufenen Narkose (Amputatio cruris wegen Fungus des Fußgelenks bei einer 75jährigen Frau, Einspritzung von 3 ccm der 5%igen Novokain-Suprareninlösung in Ampullen von Meister, Lucius & Brüning) am nächsten Tage sehr starke Schmerzen in der Kreuz- und Sakralgegend auftraten, die auch in die Beine ausstrahlten. Es kam unter anhaltenden, jeder Behandlung unzugänglichen Schmerzen zur Bildung eines Dekubitus, der rasch zunahm, gangränös wurde und in 6 Wochen den Tod der Pat. an Marasmus zur Folge hatte. Da die Amputationswunde per pr. int. heilte, Pat. schon am 12. Tage ganz ohne Verband war, lag es nahe, den von Anfang an sehr schmerzhaften Verlauf des Dekubitus mit der Medullaranästhesie in Verbindung zu bringen.

2) Herr G. Becker (Eppendorf): Über Venenanästhesie.

Vortr. betont, eine wie wertvolle Bereicherung die Bier'sche Venenanästhesie für das moderne Bestreben, die Allgemeinnarkose durch die Lokalanästhesie möglichst einzuschränken, darstellt, da es mit dieser Methode gelingt, die großen Operationen an den Extremitäten, wie Amputationen, Resektionen, Knochennähte, Sehnenverpflanzungen, Operationen ausgedehnter Varicen schmerzlos auszuführen; er berichtet über 16 auf der Sick'schen Abteilung in Venenanästhesie operierte Fälle, eine Unterarmamputation, Nekrotomie der Ulna, Riesenzellensarkom der Sehnenscheide des II. linken Zeigefingers; Exostose am

Humerus, Exstirpation großer kubitaler Lymphdrüsen, Humerustuberkulose, zweimal Tibialisdehnung wegen Mal perforant, viermal Exstirpation ausgedehnter Varicen, viermal die Rindfleisch'sche Spiralenoperation bei starken Varicen und rezidivierenden Ulcera cruris. Bei diesen acht Varicenoperationen hat B. unter Weglassen der peripheren Abschnürungsbinde und damit unter Verzicht auf die indirekte Anästhesie nur die direkte Anästhesie benutzt; man bedarf dazu etwa 100 ccm der 0,5%igen Novokainlösung, eine Menge, die man unbedenklich anwenden kann, da ein Teil des Anästhetikums mit den exstirpierten Venen wieder entfernt wird oder bei der Rindfleisch'schen Operation durch die zahlreichen Venendurchschneidungen teilweise abfließt. B. empfiehlt diese Modifikation, die den Vorteil hat, daß man gleich nach der Injektion mit der Operation beginnen kann und nicht erst die etwa in 15 Minuten eintretende indirekte Anästhesie abwarten muß.

3) Herr Lauenstein (Hamburg): a. Demonstration einer jetzt 46jährigen Dame, die von ihm im Jahre 1890 zuerst gesehen wurde. Sie stand damals in der Praxis von Dr. Bester. Sie hatte im 13.—14. Lebensjahre eine rechtseitige Rippenfellentzündung durchgemacht und litt seit Jahren an Husten und kopiösem Auswurf; erbliche Anlage zu Tuberkulose nicht vorhanden. Sie bot damals die Zeichen einer Infiltration der rechten Lungenspitze mit Kavernenbildung. Vorn rechts ging die Dämpfung bis zur III. Rippe herab, hier lautes Bronchialatmen mit amphorischem Beiklange. Hinten war auch Dämpfung, aber hier mehr knackende Rhonchi zu hören, während die amphorischen Erscheinungen mehr vorn waren. Starke Einziehung der ganzen Brustseite.

Am 8. VI. 1890 wurde unter Assistenz der Herren Bester, Rehder und Marr in Narkose von einem den Pectoralis major ablösenden Lappenschnitt aus je ein fingerlanges Stück der II. und III. Rippe entfernt und dann mit dem Paquelin nach oben in die Lunge eingebrannt.

Der Verband war schon am anderen Tage durchtränkt, die innersten Lagen wurden aber erst am 18. VI. gewechselt. Es kam ein reichlicher Abfluß nach außen zustande, während sich der Husten erheblich verminderte. Schließlich wurde ein Gummirohr eingelegt, durch das die Sekretion in eine Flasche abfloß, die die Pat. unter den Kleidern trug.

Wegen Verengerung der äußeren Fistel wurde am 13. XI. 1890 in einer Nachoperation die Lungenfistel noch einmal mit dem Paquelin erweitert, so daß sie für 2 Finger zugängig wurde. Damals, in der Zeit des Tuberkulintaumels, Dezember 1890, zwei Tuberkulineinspritzungen, am 3. 0,003, am 5. 0,005. Am Abend des 6. 38,1, in der Nacht vom 7./8. starke Hämoptoe, die sich am 9. und 10. wiederholte. In dem Sputum sehr zahlreiche Tuberkelbazillen. Die Sekretion aus der Fistel dauerte fort. Im August 1891 wieder Hämoptoe, die sich in den folgenden 6 Tagen noch elfmal stark wiederholte. Anfang November 1891 war die äußere Wunde geschlossen. Ende November bekam die Kranke einen heftigen Hustenstoß und hustete unter einem Erstickungsanfall ein Knochenstück aus. Seitdem ist der Husten verschwunden und hat sich bis jetzt nicht wieder eingestellt. Das Allgemeinbefinden hat sich seitdem sehr gebessert. Ebenso der Kräftezustand. Die Pat kann alle ihre Obliegenheiten verrichten.

Jetzt findet sich auf der rechten vorderen Brustseite eine 14 cm lange Narbe, die vom rechten Sternoclaviculargelenk im Bogen nach außen und unten verläuft. Von ihrer Mitte verläuft nach rechts und oben rechtwinklig ein 7 cm langer

Narbenschenkel gegen das Scheitelbein hin. Man hört über der rechten Spitze verschärftes Atemgeräusch bei verlängertem Exspirium. Keine Rhonchi.

b. L. stellt 2) einen 43jährigen Mann vor, dem er von 1893—1897 ausgedehnte Rippenresektionen wegen eines alten rechtseitigen Empyems vorgenommen hat. Es wurden ihm von der III. Rippe abwärts mehr als 200 cm Rippenstücke entfernt. 1897 waren alle Hohlräume und Fisteln heil. Seitdem hat sich im Gegensatz zu den Erfahrungen, die wir sonst nach Empyemoperationen machen, und die ergeben, daß in der Regel eine Einsenkung der erkrankten Thoraxhälfte mit Konkavität der Wirbelsäule nach der erkrankten Seite eintritt, eine ausgesprochene Skoliose der Wirbelsäule mit der Konvexität nach der erkrankten Seite hin ausgebildet. L. befragt die Versammlung über den Fall und läßt es dahingestellt, ab als Ursache die Veränderung der Druck- und Zugverhältnisse der intakten einseitig die Wirbelsäule beeinflussenden linken Lunge oder das Fehlen der Rippenhebel der rechten Seite mitsamt der von der Brustwirbelsäule bis zum oberen Beckenrande rechterseits herabreichenden Muskulatur, die früher der linken Seite das Gleichgewicht hielt, gelten müsse.

c. L. demonstriert 3) die von ihm modifizierten Instrumente der Babcockschen Venenextraktion, die er in diesem Sommer in England kennen gelernt und verschiedene Male selbst auszuführen Gelegenheit gehabt hat. Für geeignete Fälle von mehr gestrecktem Verlauf der Saphena und ihrer Äste ist sie ein sehr zweckmäßiges Verfahren. Die Drähte werden von dem Instrumentenmacher Leonhard Schmidt, Hamburg, Gr. Burstah 46, angefertigt.

Diskussion: Herr Müller (Rostock) bemerkt zunächst zu dem vorgestellten Pat. mit rechtseitiger Skoliose nach rechtseitiger Thorakoplastik, daß der Fall an eine paralytische Skoliose erinnere. M. hält es für recht wohl möglich, daß durch die Vernichtung zahlreicher Muskeln rechts die Muskeln der gesunden Seite wie bei der paralytischen Skoliose das Übergewicht hatten. Dafür spricht die sehr ausgedehnte Narbenbildung und Atrophie der Muskeln rechts.

Bezüglich der Babcock'schen Varicenoperation äußert M. Bedenken hinsichtlich Blutung und Thrombose der abgerissenen Seitenäste vom Oberschenkel.

Herr Neuber (Kiel) fragt, ob das dicke obere Ende des Instrumentes sich in das untere einstülpen könne.

Herr Lauenstein: Die ganze Vene wird als Klumpen durchgestülpt.

4) Herr Brauer (Hamburg): Zur Frage der extrapleuralen Thorakoplastik.

B. bespricht unter Vorführung von in situ gehärteten Lungenpräparaten, von Gipsabgüssen des Brustkorbes sowie verschiedenen Photographien die besondere Indikation, die Schwierigkeiten und Gefahren sowie die Mißerfolge der von ihm angegebenen extrapleuralen Thorakoplastik und sucht hieraus die Wege abzuleiten, wie unter scharfer Indikation des Eingriffes und geeigneter Technik den Todesfällen und klinischen Mißerfolgen vorzubeugen sei.

Der Vortrag eignet sich der zahlreich angeführten Einzelheiten wegen nicht zu einem kurzen Referat, es muß daher auf eine in Vorbereitung befindliche weitere Darstellung verwiesen werden.

5) Herr Kümmell berichtet über einen Fall von Totalresektion einer Lunge wegen Karzinom, der ihm von prinzipieller Bedeutung erscheint. Die Natur hatte durch einen Tumor und die mit demselben einhergehenden entzündlichen Erscheinungen gewissermaßen die Lunge von ihrer Tätigkeit allmählich

ausgeschaltet und damit einen Weg gewiesen, wie für gewisse Fälle die Gefahr einer Lungenoperation herabzusetzen sein wird; nämlich durch die Anlegung eines allmählich zunehmenden Pneumothorax. Der Vortr. berichtet über die klinischen Erscheinungen des Falles und demonstriert Röntgenbilder des Thorax. Ein Überdruckapparat wurde bei der Operation nicht angewendet. Leider ist der Kranke an einer septischen, von dem Stumpf ausgehenden Eiterung zugrunde gegangen.

Diskussion (zu 4 und 5). Herr Anschütz (Kiel) hat die ersten derartigen Fälle mitgemacht. Es sind doch riesige Eingriffe. Sollte man nicht versuchen, chirurgisch einen künstlichen Pneumothorax anzulegen, um so Heilung zu schaffen.

A. empfiehlt für solche Fälle Operation unter Abstauung des Blutes in den Extremitäten.

Herr Sudeck zeigt einen Pat. mit Totalempyem und Totalresektion sämtlicher Rippen bis auf die ersten. Es stehen nur die hinteren Teile der I. bis V. Rippe. Er empfiehlt zwei Inzisionen, in denen Rippen reseziert wurden; der Lappen wird eingedrückt und successive vorgegangen.

Herr Baum (Kiel) berichtet über 6 Fälle von Operation wegen Bronchiektasen. Zwei Chloroformierte gingen an Spättod zugrunde. Eine in Lokalanästhesie ausgeführte Operation wurde gut überstanden. Letzteres Verfahren wird warm empfohlen.

Herr Göbell (Kiel) berichtet, daß er versucht habe, nach Lenhartz' Empfehlung, das hintere Periost zu entfernen, er habe einen Pat. dadurch verloren. Auch er hat, in sitzender Stellung, den Pat. in Lokalanästhesie operiert, die Entfernung von fünf Rippen wurde gut überstanden.

Herr Wiesinger (Hamburg) bemerkt, daß nach den Operationen sehr unangenehme Hohlräume über der Lunge entstehen können; in einem von ihm nachbehandelten Lenhartz'schen Falle machten dieselben enorme Schwierigkeiten. Die langwierige, mit Wismut durchgeführte Behandlung brachte aber schließlich ein sehr günstiges Resultat.

Herr König (Greifswald) äußert seine Genugtuung darüber, daß heute die große Schwierigkeit der Entfernung des hinteren Periosts anerkannt werde, welche er schon auf der Tagung zu Altona betont hat. Er fragt, ob man nicht in manchen Fällen die extrapleurale Operation vereinfachen könne, indem man von einem vorderen und einem hinteren Längsschnitt aus Partialresektion der Rippen ausführe und das restierende mobilisierte Stück durch Kompression herabdrücke.

Herr Kotzenberg (Hamburg) hat einen Fall operiert, geht auf die Schwartenbildung ein. Er hält den Einfluß auf das Herz für ein wesentliches Moment der Gefahr. Die I. Rippe entfernt er nicht mit.

Herr Kümmell (Hamburg) entgegnet auf den Einwand von Göbell, daß selbstverständlich nur dann auf das Überdruckverfahren verzichtet werden kann, wenn, wie in dem vorliegenden Falle, die Lunge schon vorher ausgeschaltet ist. Gegenüber Herrn Lauenstein bemerkt er, daß man die weitgehenden Schede'schen Thoraxresektionen nach seiner Erfahrung in ihrer Ausdehnung einschränken könnte, wenn man die Dekortikation der Lunge vornimmt und das dadurch wieder ausdehnungsfähige Organ an die Thoraxwand anheftet.

Herr Brauer hält die Beurteilung, ob die Erkrankung einseitig ist, für sehr schwer. Sudeck's Fall ist ein Ideal bei Empyem; für die ausgedehnteren Erkrankungen würde man das Ziel, die ganze Lunge zu komprimieren, nicht erreichen, das Schulterblatt muß hier mobilisiert werden. Zweistellige Resektionen

---

hat Eden gemacht, aber es bleibt unvollkommen. Vielleicht empfiehlt es sich, etwa die VI. Rippe stehen zu lassen.

Vor Wegnahme des hinteren Periosts warnt B.

Er erwähnt ein Präparat aus Lenhartz' Sammlung: Wegnahme eines Lungenlappens wegen Karzinom. Nach $1^1/_2$ Jahren geheilt.

6) Herr Ehrich (Rostock) demonstriert ein 8jähriges Kind mit einem sehr merkwürdigen Krankheitsprozeß im Bereich der linken Hüftgelenkspfanne. Die Röntgenbilder zeigen eine Vorbuckelung der Pfanne gegen das Becken und eine starke Aufhellung der Knochenstruktur im Bereiche des ganzen Pfannendaches. Der Prozeß hat in den letzten Monaten an Ausdehnung zugenommen. Dabei ist das Hüftgelenk selber völlig frei beweglich und schmerzlos geblieben. In differentialdiagnostischer Hinsicht kommen in Betracht: Ostitis fibrosa, Enchondrom und Tuberkulose[1]. (Der Fall wird anderweitig publiziert.)

Diskussion: Herr W. Müller (Rostock) möchte den eigentümlichen Schatten in der Pfannengegend als Enchondrombildung auffassen.

Herr Preiser (Hamburg) teilt einen ähnlichen Fall seiner Beobachtung mit. Es schien sich nach dem Röntgenbild um cystenartige Gebilde oberhalb der Pfanne zu handeln. Nach Schmierkur trat eine gewisse Besserung ein, doch blieb ein Herd im Röntgenbild. P. möchte ein Enchondrom annehmen.

7) Herr Kümmell zeigt zwei Kranke mit geheilter eitriger Meningitis. Der eine wurde vor längeren Jahren behandelt und ist bereits mitgeteilt worden. Es handelt sich um eine Infektion mit Staphylokokkus albus durch ein Schädeltrauma. Die Behandlung bestand in Trepanation am Hinterhaupt und breiter Drainage der Meningen. Der zweite Kranke hatte eine eitrige Meningitis infolge Infektion von einem Nackenfurunkel aus. Der Erreger war Staphylokokkus aureus. Dieser Kranke wurde im Laufe von 21 Tagen viermal lumbal punktiert und geheilt.

Projektionsbildersitzung.

8) Herr Sick (Hamburg): Veränderungen an knöchernen Amputationsstümpfen.

Vortr. zeigt eine ganze Anzahl von Amputationsstümpfen des Femur, der Tibia, des Humerus meist mit dem korrespondierenden Stück der gesunden Seite zum Vergleich. Die Stümpfe sind ohne osteoplastische Methoden gebildet und zeigen durchweg einen tadellosen knöchernen Verschluß an der Amputationsstelle. Am Femur zeigen fast alle Stümpfe einen dornartigen verschieden langen Knochenfortsatz, der vom Stumpfende nach oben sieht.

Von einzelnen Details abgesehen, ergab sich im ganzen folgendes: Stets tritt an der amputierten Seite eine Atrophie des Knochens auf, einerlei, ob der Stumpf belastet war oder nicht. Die Atrophie kann enorme Grade erreichen. Die Corticalis löst sich in einzelne Lamellen auf, schwindet sowohl von innen her, wobei die Markhöhle weiter wird, als auch von außen, hier gekennzeichnet durch die Rauhheit der Oberfläche, viele Gefäßlöcher, Kleiner- und Glatterwerden der Muskelansatzstellen. Das Balkensystem wird dünner, geht zum Teil verloren.

---

[1] Nachtrag: Die inzwischen vorgenommene Operation (paraartikuläre Freilegung und Aufmeißelung von dem Hüter'schen Schnitt aus) hat ergeben, daß es sich um einen entzündlichen Prozeß handelt. Die histologische Untersuchung steht noch aus.

An den Gelenkenden treten teilweise atrophische Zustände auf, doch kann es auch vorkommen, daß offenbar durch Mangel an Druck und Zug der Kopf der amputierten Seite größer erscheint. Der Winkel zwischen Schaft und Hals am Femur wird oft größer, zum Teil sehr beträchtlich, weil die Belastung geringer wird und weil selbst mehr Zug als Druck einwirkt. Die ganze Ernährung des Knochens ist nach Störung der Funktion dauernd schwer geschädigt, es tritt eine beträchtliche Resorption der festen Knochensubstanz innen und außen ein, und schließlich kann auch die Form des Knochens unter bestimmten Verhältnissen eine Änderung erfahren. Die Atrophie der Knochen tritt auch an intakten Knochen fern von der Amputationsstelle auf, so am Humerus nach Exarticul. manus bzw. Amp. antibrachii direkt über dem Handgelenk und am Becken nach Amp. femoris. Vergleicht man das Gewicht der amputierten Seite mit dem gleichgroßen Stück der normalen Seite, so zeigt die amputierte Seite stets ein viel geringeres Gewicht, das in vielen Fällen die Hälfte, ja $^1/_3$ der gesunden Seite beträgt.

Gewichtstabelle in Grammen:

	Amputierter Stumpf	Entsprechend große normale Seite
Femur	62,5	148
»	45,9	114,9
»	165	262
»	91	139
»	65	146
»	128	219
»	42	106
»	77	145
Tibia	85	137
Pirogoff	48	57
Tibia	33	65
Humerus	9,9	32
»	30	62
»	39	75
Amputation dicht über dem Handgelenk	Humerus 110,5 Radius + Ulna 60	Humerus 131,8 Radius + Ulna 90

Geringere, aber doch auch am Röntgenbilde nachweisbare Veränderungen finden wir an Händen, an denen ein Finger exartikuliert oder ein Metacarpus amputiert wurde. Hier kann man nach Jahren oft noch eine Atrophie der anderen Metacarpi und Phalangen nachweisen und muß dies bei Beurteilung der Unfallfolgen in Rechnung ziehen.

9) Herr Kümmell berichtet über die Dauerresultate seiner Magenoperationen und demonstriert die Originalplatten einer großen Anzahl in den letzten Jahren operierter Fälle, bei welchen die Motilität des Magens vermittels des Wismutbreiverfahrens vor und geraume Zeit nach der Operation geprüft wurde. Die eingehendere Mitteilung über die nahezu 700 Kranke betreffenden Operationen erfolgen demnächst in einer größeren Arbeit von Dr. Hans Hoffmann.

10) Herr Stammler: Über Meiostagminreaktion und einige neuere serologische Studien bei malignen Tumoren.

Nachdem Vortr. einen kurzen Überblick über die neueren serologischen Studien bei malignen Geschwülsten gegeben hat, geht er genauer auf die Versuche Neuberg's und Freund's ein, die beide, von verschiedenen Voraussetzungen ausgehend, zu denselben Resultaten gelangten. Die von ihnen gefundene Tatsache, daß Normalserum Krebszellen auflöst, Serum Krebskranker sie verklumpt oder »agglutiniert«, konnte bei der Nachprüfung der Methode an einer Reihe von Fällen bestätigt werden. Allerdings gaben auch einige andere Krankheiten diese Reaktion. Dann geht Redner ausführlich auf die von M. Ascoli angegebene Meiostagminreaktion ein. Er hebt besonders hervor, daß sie nicht als eine Immunitätsreaktion anzusehen, sondern daß sie wohl auf die bei malignen Geschwülsten beobachteten autolytischen und heterolytischen Veränderungen zurückzuführen sei. Dann betont er vor allem, daß die Ausführung der Meiostagminreaktion wegen der ausgesprochenen Labilität der Extrakte oft sehr schwierig ist, und daß auch er nach anfänglichen Mißerfolgen erst, nachdem er sich bei Ascoli mit der Reaktion vertraut gemacht hat, zu guten Resultaten gekommen ist. Es wurden ca. 300 Fälle untersucht und bei bösartigen Geschwülsten in 73% eine positive Meiostagminreaktion erhalten, bei anderen Erkrankungen in 20%. Über das Verhalten der Reaktion bei den einzelnen Erkrankungen, nach Operationen, bei Rezidiven usw. referiert Vortr. nur kurz. Es soll darüber an anderer Stelle ausführlich berichtet werden.

Zum Schluß macht er auf einige Studien aufmerksam, zu denen er durch eine Beobachtung bei der Meiostagminreaktion gekommen ist. Es handelt sich um eine Art Präzipitation, die in den nach Ascoli bereiteten Tumorextraktverdünnungen auftritt bei Zusatz von Serum Tumorkranker. Die Reaktion scheint im großen und ganzen parallel der Meiostagminreaktion zu gehen und soll weiter geprüft werden.

11) Herr Oehlecker demonstriert an Projektionsbildern eine Methode der Nabelbruchoperation mit ausgedehnter Fettausschneidung. (Näheres siehe im Zentralblatt für Chirurgie 1911. Nr. 11.)

12) Herr Kayser spricht unter Demonstration einiger Pat. über die Prostatektomie in zwei Zeiten unter Lokalanästhesie, die in der Kümmell-schen Abteilung in den letzten Monaten viermal mit günstigem Erfolg ausgeführt worden ist. Das sonst in chirurgischen Kreisen so wenig beliebte zweizeitige Operieren hat seines Erachtens gerade für die Behandlung der Prostatahypertrophie in gewissen Fällen große Vorteile, worauf zuerst Lanz hingewiesen hat, ohne in Deutschland seither damit Anklang zu finden. Es sind im wesentlichen vier Momente, die ein derartiges Vorgehen indiziert erscheinen lassen. Erstens bedeutet für den hinfälligen Prostatiker in hohem Lebensalter jede Operation und jede Narkose oder Lumbalanästhesie eine Gefahr. Das zweizeitige Operieren gestattet den Eingriff gewissermaßen zu dosieren und so den Shock auf ein Minimum herabzusetzen, macht aber weiterhin (und darauf legt K. besonderen Wert) Narkose und Lumbalanästhesie entbehrlich. Der hohe Blasenschnitt kann unter Infiltrationsanästhesie, der kurze Akt der Prostataausschälung nach Morphiumgabe und Kokainisierung der Blase ohne erheblichen Schmerz ausgeführt werden.

Der zweite Vorteil der zweizeitigen Prostatektomie liegt darin, daß durch den hohen Blasenschnitt die Retention völlig behoben, eine intensive Behandlung

der erkrankten Blasenschleimhaut ermöglicht und so den insuffizienten Nieren Gelegenheit zur Erholung gegeben wird, bevor die eigentlich Prostatektomie mit der notwendig werdenden Tamponade der Blase ihnen einen neuen Shock zumutet.

Ein dritter Vorzug ist die Herabsetzung der Wundinfektionsgefahr durch den oft jauchig zersetzten Harn; der zweite Akt wird erst nach Abklingen der schweren cystitischen Erscheinungen vorgenommen.

Endlich gewährleistet die mehrwöchige völlige Ruhigstellung des meist überdehnten Blasenmuskels ein besseres funktionelles Dauerresultat.

Die zweizeitige Prostatektomie soll keineswegs als prinzipielle Methode der Wahl empfohlen werden. Wohl aber erscheint sie geeignet, die Indikation zu erweitern und den Nutzen der Radikaloperation auch denjenigen weit vorgeschrittenen Fällen der Erkrankung noch zu vermitteln, bei denen bisher die einzeitige Operation wegen schlechten Allgemeinzustandes, erheblicher Blutgefrierpunktsherabsetzung, Blasendistension und der Behandlung durch den Dauerkatheter trotzender jauchiger Cystitis nicht durchführbar war. (Eine ausführliche Mitteilung erfolgt in Nr. 8 der Berliner klin. Wochenschrift 1911.)

Zum 2. Schriftführer wurde Herr Ringel (Hamburg) gewählt.

Nächster Versammlungsort Kiel. König (Greifswald).

---

2) M. Behr. Zur Anwendung der kurzen Chloräthylnarkose.

(Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Als Hauptvorteil der kurzen Chloräthylnarkosen, die sich immer noch nicht recht einbürgern wollen, führt Verf., gestützt auf 300 eigene Erfahrungen, folgende Punkte an:

1) Die relative Ungefährlichkeit bei vorsichtiger Anwendung und Dosierung,

2) der verhältnismäßig angenehme Geruch, welcher besonders bei Kindern schätzenswert ist,

3) das Fehlen der Erstickungsgefühle und die Herabminderung des Exzitationsstadiums,

4) der schnelle Eintritt der Anästhesie,

5) das schnelle Erwachen und fast gänzliche Fehlen von Nachwirkungen.

Glimm (Klütz).

---

3) M. zur Verth. Lumbalanästhesie und Blutdruck, mit besonderer Berücksichtigung des Zusatzes von Nebennierenpräparaten zum Anästhetikum. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 367.)

Nachdem aus der Bier'schen Klinik (in Bonn) Mori bereits über Blutdruckmessungen bei der Lumbalanästhesie mittels Kokain berichtete (cf. unser Blatt 1904, p. 1459), hat Verf. neuerdings in B.'s Berliner Klinik analoge Versuche angestellt bei Benutzung von 5%iger Tropakokainlösung mit Zusatz einer Spur von Suprarenin, sowie in einer zweiten Beobachtungsreihe bei Anwendung von Tropakokain-Suprarenin mit verstärktem Suprareninzusatz (0,5 g einer 1%igen Suprareninlösung), wobei zur Blutdrucksteigerung das Verfahren von Korotkow zur Anwendung kam. Die erste Beobachtungsgruppe umfaßt 44, die zweite 33 Fälle, und teilt Verf. bei beiden die gewonnenen Resultate in zwei Partien:

1) Die Fälle, wo der Blutdruck normal blieb, 2) diejenigen, wo ein Blutdruckabfall um 25% oder mehr erfolgte. Von den 44 Kranken der ersten Beobachtungsreihe zeigten normal bleibenden Druck 26, gesunkenen 18; von den 33 der zweiten unveränderten Druck 22, gesunkenen 11. Mithin hat die stärkere Suprareningabe einen wesentlichen Einfluß auf den Blutdruck bei Lumbalanästhesie nicht erkennen lassen, wohl aber zeigte sich im übrigen, daß sie die Ausdehnung des schmerzunempfindlichen Bezirkes vergrößerte und die Dauer der Schmerzunempfindlichkeit verlängerte. Ferner scheint der Eintritt von Blutdruckminderungen stark von der Art der Operationen abzuhängen. Bei Eingriffen an den unteren Extremitäten, am After, Damm und an den Geschlechtsteilen bleibt der Blutdruck normal, dagegen gehen Eingriffe an den Nieren und am Darm, besonders Mastdarmkrebsentfernungen fast stets mit wesentlicher Senkung des Blutdruckes einher. Art und Ort des Eingriffes scheinen also bei Beeinflussung des Blutdruckes die Hauptrolle zu spielen, indessen die Lumbalanästhesie doch auch das Blutdruckgleichgewicht des Körpers in hohem Grade angreifbarer und widerstandsunfähiger gegen äußere Eingriffe macht. Wird die Lumbalanästhesie über ihren normalen Bereich, der etwa bis Mitte zwischen Symphyse und Nabel liegt, nach oben verschoben, so kann sie bedenklich wirken, und sind daher die Anästhesien nicht höher zu leiten, als die Operation fordert.

Bei mit Spartein und Strychnin als Zusatz zum Lumbalanästhetikum gemachten Versuchen wurden betreffs günstiger Blutdruckbeeinflussung keine posiven Resultate erzielt. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

4) **E. Juvara. Die Rachianästhesie mit Stovain-Strychnin, modifizierte Methode Prof. Jonnescu.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 160.)

Verf., Professor der topographischen Anatomie und chirurgischen Klinik in Jassy, hat in seiner Klinik seit fast 2 Jahren sich zu seiner vollen Zufriedenheit der Lumbalanästhesie mittels Stovain-Strychnin bedient (336 Fälle). Er macht die Injektionen nicht nur mittels der unteren Lumbalpunktion (zwischen III. und IV. Lendenwirbel), sondern auch mit der oberen Lumbalpunktion, zwischen I. und II. Lendenwirbel für Operationen an den unteren Extremitäten und an der Glutäalgegend, ferner mittels unterer Dorsalpunktion zwischen XI. und XII. Brustwirbel für Operationen an der Bauchwand und in der Bauchhöhle, wie auch an der Inguinal-, Skrotal- und Cruralgegend, mittels Cervicodorsalpunktion zwischen unterstem Hals- und erstem Brustwirbel für Operationen an den oberen Extremitäten, Brust, Hals und Kopf, endlich mit Mediocervicalpunktion zwischen IV. und V. Halswirbel für Kopfoperationen mit sehr reduzierten Dosen. Die verabfolgten Mengen von Stovain schwanken zwischen 1 bis 5 cg; ihnen wird auf 3 cg Stovain 1 mg Strychnin, weiter ungefähr 0,0003 mg Strychnin für jedes Zentigramm Stovain zugesetzt. Die Technik der Injektion, Herstellung der Injektionslösungen wird des näheren beschrieben. Von dauernden üblen Folgen wird nichts gemeldet, doch als Symptome »übermäßiger Anästhesie« Incontinentia ani, oberflächliche schwere Atmung, Gesichtsblässe in besorgniserregender Erscheinung erwähnt, wogegen Koffein- und Kampferinjektionen anzuwenden sind. Seit Herabsetzung der Stovaindosis und Erhöhung der Strychningabe kamen solche Fälle seltener vor. Als Vorteil dieser Anästhesien wird für Bauchoperationen völlige Ruhe der Därme, welche sich nicht hervordrängen, hervorgehoben. Ein Assistent J.'s

war imstande, mit Stovain-Strychnin anästhesiert, sich eine Leistenhernie eigenhändig nach Bassini zu operieren. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

5) **A. Läwen.** Über Extraduralanästhesie für chirurgische Operationen. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 1.)

Die von Cathelin (Paris) ersonnene und in Deutschland zuerst von Stoeckel nachgeprüfte Spinalanalgesie mittels Injektionen in den Canalis sacralis ist von L. in der Leipziger Klinik Trendelenburg's einem eingehenden Studium unterzogen und als ein für Operationen am After, Damm, den Genitalien, Mastdarm (Hämorrhoiden!), im Douglas (bei Abszessen) u. dgl. wohl geeignetes Verfahren befunden worden. Die Arbeit bringt alles des näheren für die Sache Interessante, doch kann betreffs ihres wesentlichen Inhaltes auf den Vortrag verwiesen werden, welchen L. auf der vorjährigen Naturforscherversammlung gehalten und von dem er in unserem Blatte p. 1551, Jahrg. 1910 einen Selbstbericht geliefert hat. Während diesem Vortrag eine auf 54 Fälle bezügliche Erfahrung zugrunde lag, ist das Material der Klinik jetzt auf 80 Fälle von Extraduralanästhesie gestiegen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

6) **V. D. Lespinasse.** Quinine and urea hydrochlorate as an local anaesthetic. (Quininae carbamidum.) (Quarterly bull. of Northwestern university med. school Vol. XII. Nr. 3. 1910. Dezember.)

Die Formel der synthetischen Substanz wird angegeben: $C_2{}^{\circ}H_{24}N_2O_2HCl + CO(N_2H_2)HCl + 5\,H_2O$. Dieselbe stellt ein weißes kristallinisches Salz dar, das bis zu gleichen Teilen in Wasser löslich ist und sich durch Kochen sterilisieren läßt.

Zum Zwecke der Anästhesie wird eine $^1/_4$—1%ige wäßrige Lösung benutzt, die man intrakutan injiziert; die Anästhesie tritt bei 1%iger Lösung sofort, bei $^1/_4$%iger nach 4—5 Minuten ein; die Dauer der Anästhesie beträgt bis zu 12 Stunden.

Die Toxizität soll so gering sein, daß sie praktisch vernachläßigt werden kann.

Der Nachteil des Verfahrens besteht darin, daß es in den injizierten Geweben bald zu einer starken Fibrinausscheidung kommt, die bei Anwendung von 1%igen und höher konzentrierten Lösungen die Wundheilung etwas stört.

Verf. empfiehlt das Anästhetikum für kleine Operationen an der äußeren Haut, speziell für Bluttransfusionen. E. Melchior (Breslau).

---

7) **Ernst Fritzsche.** Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Fettembolie mit spezieller Berücksichtigung prophylaktischer und therapeutischer Vorschläge. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 456.)

F. unternahm in der Wilms'schen Klinik in Basel an 20 Kaninchen und 5 Hunden Experimente über Entstehung von Fettembolie, wobei zu diesem Zwecke teils Anbohrungen von Röhrenknochen (meistens der Tibia) und Zerstörung des Knochenmarkes mit einem Metalldraht, teils nach dem Vorgange Ribbert's kurze Stockschläge auf die Tibia unter Vermeidung von Weichteilquetschungen und Erschütterung der übrigen Körperteile verwendet wurden, stets übrigens in tiefer Narkose der Tiere. Um zu finden, ob der Fettransport auf dem Blut- oder dem Lymphwege stattfand, wurde jeweilig eine Unterbindung der Venen des Gliedes oder eine solche des Ductus thoracicus vorgenommen. Die letztere fand auf indirektem Wege derart statt, daß sowohl links die Vena jugularis und die subclavia, als auch die Vena anonyma unterbunden wurden. In dem von Liga-

turen frei bleibenden Stücke der letzteren findet dann die Entleerung des Ductus thoracicus statt, das ihn aufnehmende Venenstück alsbald füllend, so daß die Lymphe hier aufgefangen werden kann. Die Tiere wurden meist nach 3—4 Stunden getötet, wonach die Untersuchung ihrer Lungen stattfand. F. fand nach den Klopfversuchen Lungenfettembolie trotz voraufgegangener Venenunterbindungen, woraus zu schließen, daß hier der Lymphweg zum Fettransport gedient hatte. Nach blutigen Eingriffen am Knochenmark blieb bei Venenunterbindungen die Fettembolie aus; es scheint also bei blutigen Verletzungen diese auf dem Blutwege zu entstehen. Eine prophylaktische Behandlung gegen Fettembolie mittels Drainage des Ductus lymphaticus, wie sie Wilms in Vorschlag und bereits einmal in Anwendung gebracht, wird sich nur für die Fälle eignen, in denen man die Fettembolie auf dem Lymphwege voraussetzen darf, also nach F.'s Experimenten zu schließen, dort, wo es sich um bloße Knochenerschütterungen handelt. Diese Drainage müßte durch Eröffnung des Ductus am Halse unten vorgenommen werden. Die Gefahr einer langdauernden Chylorrhöe ist durch spätere Unterbindung des Ductus zu vermeiden. Nach Ansicht von Wilms ist diesem operativen Verfahren künftighin wohl ein enger Wirkungskreis beschieden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

8) Georg Axhausen. Arbeiten aus dem Gebiet der Knochenpathologie und Knochenchirurgie. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 2.)

1) Kritische Bemerkungen und neue Beiträge zur freien Knochentransplantation.

In dem ersten Teil seiner Arbeit publiziert A. wiederum zwei Fälle, in denen ein reseziertes Knochenstück an dem Oberschenkel- bzw. am Daumen durch einen periostgedeckten Knochen desselben Individuums ersetzt wurden. Der eine Fall ist noch besonders interessant, weil es sich um ein sehr seltenes Vorkommnis, nämlich ein sehr langsam wachsendes reines Fibrom des Knochens handelt. Beide Fälle zeigen aufs neue die vom Verf. behaupteten Erfolge, die man mit Einheilung lebenden, periostgedeckten Knochens erzielt. Dabei ist es bemerkenswert, daß bei dem einen Pat. die Regeneration und Verstärkung der transplantierten Fibula erst nach relativ langer Zeit eingetreten ist, und daß sich sogar ein festes und gut bewegliches Gelenk zwischen Becken und eingeheilter Fibula gebildet hat. Nach einer Übersicht über die Arbeiten anderer aus der Literatur kann nicht mehr bezweifelt werden, daß zur Knochentransplantation der periostgedeckte lebende Knochen weit geeigneter ist als totes Material. Auch eine Reihe von Detailangaben des Verf.s haben sich in den Erfahrungen anderer bestätigt, so die Notwendigkeit, das Periost des Ersatzknochens von allem anhaftenden Gewebe, wie z. B. Muskeln, zu befreien, so die Zweckmäßigkeit zur Herstellung rascher Proliferationsvorgänge Inzisionen in das Periost zu machen. Ferner sind auch die histologischen Vorgänge von anderen Autoren ganz im Sinne A.'s beurteilt worden hinsichtlich des Absterbens des Knochens, des Überlebens des Periosts, der Beteiligung des Markes an der Knochenneubildung und der Art des ganzen Umbaues. Frankenstein's Ansicht, daß in dem transplantierten Knochen die Vitalität erhalten bleibe und nur herabgemindert werde, weist Verf. zurück und hält sie schon durch die längst hinter uns liegende Kontroverse zwischen Barth und David für erledigt. Und wenn Kausch auf Grund eines Falles von eingeheiltem toten Knochen die Lehre Barth's und die Ergebnisse der For-

schungen A.'s gestürzt zu haben glaubt, so kann Verf. auch diese Anschauung nur als irrig ansehen.

2) Über den Begriff der Halisterese und über die Knochendystrophie.

In der Lehre von der Halisterese handelte es sich früher vornehmlich um die Deutung der lamellösen Säume kalklosen Knochens, welche Rindfleisch zuerst mit der von ihm gefundenen Karminfärbung nachgewiesen hatte. Rindfleisch hatte geglaubt, mit diesen Gebilden den histologischen Beweis für die von Virchow und Kilian angenommenen Entkalkungsvorgänge gefunden zu haben, indem er annahm, daß diese Säume durch Halisterese infolge der Einwirkung der Gewebssäfte von den Markräumen aus entständen. Pommer widerlegte dann später diese Anschauung und konstatierte, daß diese breiten Säume, wie sie bei der Osteomalakie und Rachitis auftreten, durch eine Verzögerung der Kalkbildung, nicht aber durch Entkalkungsvorgänge hervorgerufen würden. v. Recklinghausen glaubte dann aber wieder in seinen Gitterfiguren einen Beweis für tatsächlich stattfindende Entkalkungsprozesse gefunden zu haben. A. glaubt jedoch, daß ein Verständnis für die bei jenen Krankheiten auftretenden Bilder erst möglich sei, wenn man die Tatsache anerkenne, daß schon im normalen fertigen Knochen ein steter Umbau erfolge durch aufeinanderfolgende Resorption und Apposition. Folgt die Apposition der Resorption nicht im normalen Abstand, so erhält man die Bilder der Atrophie. Dahingegen handelt es sich bei den dystrophischen Prozessen, zu denen die Rachitis und Osteomalakie gehören, um ein Mißverhältnis zwischen Resorption und Apposition sowohl in quantitativer wie qualitativer Beziehung; d. h. die Apposition bleibt oft rückständig, schießt aber an anderen Stellen über das normale Maß hinaus, so daß z. B. Knochenneubildung an anormalen Stellen, wie Knochenmark und Periost, statt hat. Diese Störungen in der quantitativen und qualitativen Knochenregulierung werden wahrscheinlich durch krankhafte Veränderung in der inneren Drüsensekretion hervorgerufen.

3) Über die durchbohrenden Gefäßkanäle des Knochengewebes (Volkmann'sche Kanäle).

Volkmann war der Ansicht, daß die Beseitigung vorhandenen Knochengewebes auf dreierlei Art stattfinden könne, nämlich durch lakunäre Resorption, durch Halisterese und durch Vaskularisation durch Gefäßkanäle, welche auch nach ihm Volkmann'sche Gefäßkanäle benannt wurden. A. konstatiert jedoch, daß diese Volkmann'schen Kanäle nicht einheitlicher Natur sind, sondern daß man zwei Arten unterscheiden müsse, von denen nur die erste Art als eigenartige Gefäßkanäle den Havers'schen Kanälen gegenübergestellt werden könnten. Nach seiner Ansicht stehen sie auch genetisch mit den Havers'schen Kanälen auf einer Stufe. Sie sind im normalen kompakten Knochen sehr reichlich vorhanden und stellen präexistierende, persistierende, nicht aber resorptive Gefäßkanäle dar. Die Richtung, in der Knochenlamellen von Gefäßen durchbrochen werden, gestattet nach A. keine Rückschlüsse darauf, ob es sich um präexsistierende oder eingewachsene Gefäße handelt. Verlaufen diese Kanäle schräg und quer zur Lamellenrichtung, durchbrechen sie rücksichtslos die vorhandenen Systeme, so sind sie eben als echte Volkmann'sche Kanäle zu bezeichnen. Die andere Art der Kanäle sind dichtgedrängte, anastomosierende Kanäle, wie man sie z. B. im Callus und bei der tuberkulösen Ostitis findet. Sie verdanken ihre Entstehung dem Umstand, daß es sich hier um neugebildetes, nach dem Typus des gemischt gebauten Knochens geformtes Knochengewebe und nicht um die alte Kompakta

handelt. Verf. leugnet auf Grund seiner Untersuchungen das Vorkommen von Gefäßkanälen, die in den fertigen Knochen einwachsen, er bestreitet, daß eine Entkalkung des fertigen Knochens bei Osteomalakie und Rachitis in der Umgebung der Volkmann'schen Kanäle vorkäme und erkennt im menschlichen Knochen nur den Abbau durch lakunäre Arrosion, nicht aber durch Halisterese oder Vaskularisation im Sinne Volkmann's an. Kalkloses Gewebe, wie es in erkrankten Knochen vorkommt, ist nicht etwa entkalktes, sondern noch nicht zur Verkalkung gekommenes Knochengewebe.

4) Kritisches und Experimentelles zur Genese der Arthritis deformans, insbesondere über die Bedeutung der aseptischen Knorpel- und Knochennekrose.

A. bekämpft die Anschauungen, die Wollenberg in seinen Arbeiten über die Arthritis deformans ausgesprochen hat. Er bestreitet die Richtigkeit der Ansicht, daß Zirkulationsstörungen die Ursache des Leidens seien, daß die Hyperämie imstande sei, die Knochenzellen des lamellösen Knochens zur direkten Proliferation zu bringen, und daß die durch Hyperämie verdickten Arterien schließlich funktionell unbrauchbar würden, so daß sich die Hyperämie den eigenen Boden abgräbt. Ebenso erklärt er den experimentellen Beweis, den Wollenberg für die Entstehung der Arthritis deformans an der Kniescheibe bei Versuchstieren erbracht zu haben glaubt, für irrig, da es sich nicht um eine solche Arthritis handle, sondern um Erscheinungen, wie sie bei der freien Knochentransplantation nachgewiesen wurden. Diese Analogie erklärt er dadurch, daß bei dem Verfahren Wollenberg's die Kniescheibe ihrer Gefäßzufuhr beraubt worden sei.

Gegenüber der Theorie Wollenberg's macht A. auf eine andere Beobachtung aufmerksam, die ihm die Verhältnisse eher zu klären scheint. Er weist auf die aseptische Nekrose des Knochens und des Knorpels hin und sieht in dieser einen mächtigen Anreiz für die Knochenneubildung durch das Periost. Dieser Einfluß der genannten Nekrose erklärt manche Beobachtungen, die man früher nicht verstehen konnte, so die Tatsache, daß die Knochenneubildung viel intensiver ist bei freier Knochentransplantation als bei Haut-Periost-Knochenlappenbildung. Bei der ersten Form der Plastik kommt es eben sicher zur Nekrose des Knochens. Auch bei der Callusbildung spielt wohl die Nekrose der Fragmentenden eine große Rolle. Diese Erwägungen wie das Resultat experimenteller Untersuchungen legen es dem Verf. nahe, anzunehmen, daß auch bei der Arthritis deformans zirkumskripte Nekrosen an Knorpel und Knochen eine erhebliche Bedeutung für den pathologischen Prozeß besitzen. Diese Ätiologie würde zu gleicher Zeit auch die Tatsache erklären, daß die Arthritis deformans eine Krankheit ist, die sowohl spontan entstehen kann, wie sie sich als Sekundärerscheinung an die verschiedenartigsten Krankheiten, wie Gelenktuberkulose und Lues, Gelenkbrüche usw. anzuschließen vermag. Bei all diesen Affektionen kann es eben durch Gefäßstörungen zum Gewebstod herdförmiger Knorpel- und Knochenstücke kommen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

9) O. v. Frisch. Zur Behandlung frischer Diaphysenbrüche.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 3.)

Verf. ist der Ansicht, daß man bei vielen Brüchen mit beträchtlicher Verschiebung der Bruchstücke ein vorzügliches Heilresultat erzielen kann, wenn man den frischen Bruch sofort reponiert und diese Reposition nach rein mechanischen Prinzipien ausführt, gerade so, wie man das bei der Reposition der Verrenkungen

allgemein tut. Die Einrenkung verschobener Bruchstücke in ihre normale Lage gelingt direkt nach dem Unfall dadurch oft in erstaunlich leichter Weise, während sich später bei zunehmender Muskelretraktion und Schwellung der umgebenden Weichteile große, fast unüberwindliche Hindernisse entgegenstellen können. Dieses Prinzip hat v. F. einstweilen nur bei den Vorderarmbrüchen angewendet und damit sehr gute Resultate erzielt. Im Ätherrausch oder in völliger Narkose wird ohne Rücksicht auf die Verkürzung der Arm supiniert und durch Fingerdruck jede winklige Stellung ausgeglichen. Man richtet sich die Knochen so, daß beide distalen Bruchstücke auf der Streck- oder Beugeseite der proximalen Fragmente aufruhen. Dann sucht ein Gehilfe durch Zug die Verkürzung möglichst auszugleichen. Manchmal gelingt es dann schon durch direkten Druck die Fragmente einschnappen zu lassen. Ist dies nicht der Fall, so biegt man während der unausgesetzten Zugwirkung die Hand mit dem distalen Fragmenten nach der Seite, wohin ihre Fragmente abgewichen sind, d. h. entweder dorsal oder ventral, während die in den entstehenden Winkel eingesetzten Finger die Bruchflächen übereinander schieben. Durch eine darauf folgende Streckung kommen dann die Bruchstücke in so innige Berührung, daß der Arm ohne Stütze bleiben kann und kräftige Supinations- und Pronationsbewegungen ausgeführt zu werden vermögen. Zur Fixation genügt dann meist eine breite Schiene, die nur bei Erwachsenen angewendet wird und die 3 Wochen liegen bleibt. Bei jüngeren Individuen legt v. F. einen zirkulären Gipsverband an, um eine nachträgliche Achsenabweichung zu verhindern. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) A. Wildt. Unterbrechung der Längsextension durch Einschaltung von Gummizügen. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 187.)

Um eine sichere Distraktion der Bruchenden bei Frakturen herbeizuführen, schaltet W. in die in gewöhnlicher Weise hergestellten Längsstrecken der Extensionsverbände Stücke vom Gummiband ein. Die Länge dieser Stücke wird etwa gleich der Länge der bestehenden Dislocatio ad longitudinem vermehrt um 1 cm bemessen. Die Stücke werden auf die pflasterfreie Seite der Extensionsstreifen aufgenäht, die letzteren zunächst unlädiert angeklebt und erst dann an der Bruchstelle durch einen Scherenschlag durchtrennt. Die mit Gummieinschaltung armierten Streifen bleiben nur bis zum Ausgleich der Verkürzung (ca. 14 Tage) liegen, werden dann durch gewöhnliche Pflasterstreifen ersetzt. Eine abnorme Verlängerung des gebrochenen Gliedes wird so vermieden. Acht derart (im St. Josephshospital zu Andernach) vom Verf. behandelte Fälle ergaben schöne Resultate. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

11) Heermann (Kassel). Die Doppelextension bei Knochenbrüchen. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 50.)

Um bei Knochenbrüchen eine Doppelextension sowohl nach der distalen, als auch nach der proximalen Seite hin auszuüben, empfiehlt Verf., nachdem die erforderlichen Extensionsstreifen aus Heftpflaster oder Segelgurten angelegt sind, ober- und unterhalb der Bruchstelle feste Manschetten aus Gips, Zelluloid oder ähnlichem Material anzulegen. In diese Manschetten werden auf jeder Seite Holzbrettchen eingegipst. Nun wird die Fraktur reponiert und die Repositionsstellung in der Weise aufrecht erhalten, daß an die eingegipsten Holzbrettchen schmale Holzleisten angeschraubt werden. Über diese Holzleisten werden nun-

mehr sowohl proximal als distal die Extensionszügel geleitet, die durch Spiralschnallen miteinander verbunden werden. Die Extension wird durch die Spiralfederung bewirkt und läßt sich durch stärkeres und schwächeres Anziehen der Streifen dosieren. — Das vorgeschlagene Verfahren ist zurzeit nur an totem Material ausprobiert. Klinische Erfahrungen fehlen.

Deutschländer (Hamburg).

---

12) **Heinemann.** Beitrag zur Frakturbehandlung durch Nagelextension. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 372.)

H. berichtet über die mit Nagelextension in der Poppert'schen Klinik zu Gießen erzielten Erfolge an im ganzen 15 Fällen, von denen 3 den Ober-, die übrigen den Unterschenkel betrafen. Zur Anwendung kamen sowohl zwei seitliche Nägel, als die einfache ganz quer durchzubohrende Stange, und wurden zur Nagelung bald die unteren Enden des Ober- bzw. Unterschenkels, bald auch der Calcaneus gewählt. Zur Anwendung gelangte das Verfahren nur auf Grund jedesmaliger besonderer Indikation, so bei veralteten, deform geheilten Frakturen, komplizierten Frakturen mit ausgedehnten Weichteilverletzungen, frischen Frakturen, wenn die sonst üblichen Methoden im Stiche ließen. Die Leistungsfähigkeit der Methode bewährte sich dabei ebenso wie den früheren Erprobern derselben, und geben die skizzierten Röntgenogramme den sichtbaren Beweis, wie Längsverschiebungen der Frakturenden der Extension weichen. Zu bemerken ist aber, daß die Nagelungsstellen fast durchweg früher oder später entzündliche Reizung zeigten, ein Hinweis darauf, daß, obwohl in den Berichtsfällen üble Folgen nie eintraten, die Infektionsgefahr bei der Methode volle Beachtung verdient, und daß ihretwegen diese auch nach H.'s Ansicht für die allgemeine Praxis nicht zu empfehlen ist. Auch schneiden die Nägel häufig in die Knochen ein; in einem der Berichtsfälle schnitt die Durchbohrungsstange glatt durch den Calcaneus hindurch, was wahrscheinlich durch Erweichung und Atrophie der Knochenmasse veranlaßt gewesen sein mag.

Nach Mitteilung seiner Kasuistik bespricht K. das Verfahren im allgemeinen. Prinzipiell steht es der Bardenheuer'schen Extension zur Seite und teilt, unter gewissen Bedingungen ihm an Wirksamkeit überlegen, dessen Vorzüge und Nachteile. Die letzteren bestehen nach den Lehren Zuppinger's und seiner Anhänger in der überphysiologischen Dehnung der Weichteile und in Fixierung des Gliedes unter Streckung der Gelenke. Eine ganz allgemeine Verwendung verdienen daher beide Methoden nicht, und haben sie solche mit der Frakturbehandlung nach Zuppinger zu teilen. Für Kriegschirurgie verspricht die Methode aber Gutes.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Voeckler (Magdeburg).** Über Nagelextension. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Verf. berichtet über einen Fall von doppelseitigem Oberschenkelbruch, bei dem die Nagelextension mit perforierendem Nagel (Gewichte bis zu 30 Pfund) auf beiden Seiten 5 Wochen lang mit gutem Erfolg durchgeführt wurde. Zur Nachbehandlung wurde noch ein Heftpflasterverband angelegt. Die Möglichkeit einer Infektion ist wohl vorhanden, aber verhältnismäßig sehr gering. Das Verfahren darf trotzdem nur bei strenger Indikation angewandt werden. Für besonders aussichtsreich hält es Verf. bei komplizierten Oberschenkelbrüchen, schweren unkomplizierten Oberschenkelbrüchen mit Stückbrüchen, komplizierten

Unterschenkel- und Unterarmbrüchen, schweren Humerusdiaphysenfrakturen mit Stückbrüchen und veralteten, mit Verkürzung geheilten Frakturen nach Refraktion.

Deutschländer (Hamburg).

---

14) **Amrein. Resultate bei operativer Pseudarthrosen- und Frakturenbehandlung mit Elfenbeinstiften.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 2.)

Nach einem geschichtlichen Überblick der Knochenbolzungen beschreibt Verf. zunächst die Technik der Operation, wie sie im Krankenhaus zu Aarau gemacht wird. Im großen und ganzen nimmt die Operation den nämlichen Verlauf, gleichwohl ob sie bei offenen oder geschlossenen Frakturen oder bei Pseudarthrosen zur Anwendung kommt. Nach Distraktion der Knochen, was bei Oberschenkelbrüchen häufig sehr schwierig ist, wird der Stift mittels einiger Hammerschläge in das eine Bruchende getrieben, so daß er mit seinem freien Ende im Minimum wenigstens noch 2 cm vorragt. Darauf wird die Markhöhle des anderen Endes über den Stift gebracht. Das Periost muß vernäht werden. Danach Gipsbindenverband. Die Länge der Stifte beträgt 4—8 cm bei einer Dicke von 6—10 mm. Die ausgekochten Elfenbeinstifte werden in 1‰iger Sublaminlösung steril aufbewahrt. Das Operationsverfahren wurde an 19 Pseudarthrosen erprobt, in sämtlichen Fällen geschah die Wundheilung per primam intentionem; nur in einem Falle trat infolge eines Sturzes eine Refraktur ein, worauf nach einiger Zeit der Stift eitrig abgestoßen wurde. In vier Fällen war der Fortschritt der Konsolidation ein äußerst langsamer; 2—3 Monate nach der Operation durften noch keine Belastungsversuche angestellt werden. Da hier eine geringere Toleranz des Organismus gegenüber dem Fremdkörper angenommen wurde, entschloß man sich zur Extraktion des Stiftes. Eiterung oder Sequesterbildung war in keinem dieser Fälle nachweisbar; es kam einfach der sonst selten versagende osteoplastische Reiz nicht zur Geltung.

Ferner wurde das Verfahren an zehn weiteren Fällen deformer Heilungen angewendet, in acht Fällen mit sehr günstigem Resultat, was die Funktion anbelangt; in vier Fällen wurden die Stifte wegen nachfolgender Fistelbildung extrahiert. Bei 24 schweren renitenten Frakturen wurden in den meisten Fällen sowohl anatomisch wie funktionell recht günstige Resultate erzielt, obwohl auch hier des öftern Fistelbildungen auftraten. Von allen renitenten Oberschenkelfrakturen kamen $^2/_3$ zur Operation, nachdem sie mehr als 2 Wochen erfolglos in der Extension gelegen hatten.

In 17 frischen Fällen endlich wurde der Elfenbeinstift in den ersten 3 Tagen nach dem Unfall eingeführt; zum Teil wurde das Verfahren mit Steinmann, scher Nagelextension kombiniert.

Fälle, die 10 Jahre und weiter zurückliegen, zeigen, daß die Elfenbeinstifte vollkommen aufgesogen werden.

Was die Heilungsdauer anbelangt, so ist die Verzögerung der Knochenheilung nur eine geringe. Die durchschnittliche Konsolidationsdauer beträgt beim Vorderarm 6 Wochen, am Oberarm 4 Wochen, am Unterschenkel 10 Wochen, am Oberschenkel $10^1/_2$ Woche. Massage und mechanotherapeutische Nachbehandlung wurden außerdem angewandt.

Gaugele (Zwickau).

---

15) Conrad Pochhammer. Über die Entstehung parostaler Callusbildungen und die künstliche Calluserzeugung an Tieren und beim Menschen. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Der Inhalt vorliegender Arbeit ist in den Berichten der Sitzungen der freien Vereinigung der Chirurgen von Berlin in abgekürzter Form vorgetragen worden und in diesem Zentralblatt 1910, Nr. 5, p. 1580/81 ausgedehnt referiert.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

16) P. Sudek. Myositis ossificans oder parostaler Callus? (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 353.)

S. beschäftigt sich in dieser Arbeit ausschließlich mit den nach Ellbogenverrenkungen vorkommenden Verknöcherungen und deren pathologisch-theoretischer Erklärung, wobei er die Ansicht vertritt, daß es sich hierbei um parostale Callusbildung handelt. Durch Leichenexperimente führt er den Nachweis, daß bei künstlicher Ellbogenverrenkung durch Hyperextension sich stets Periostablösungen mit Mitabriß kleiner Knochenfragmentchen bilden, und zwar sowohl an beiden Epikondylen des Humerus, als auch an dessen Rück- und Vorderseite oberhalb des Ellbogengelenkendes. Gerade diese Stellen zeigen sich aber auch an Röntgenaufnahmen von verrenkt gewesenen Ellbogengelenken als Sitz von Knochenproduktionen, so daß die Annahme, es handele sich um einfache periostale Callusproduktionen, nicht um Myositis ossificans, sehr naheliegend ist. Auffallend bleibt aber der meist große Umfang der im Gebiet des Brachialis internus zu findenden Knochenmassen, deren Häufigkeit nach Ellbogenverrenkung schon bekannt (in 80—90% der Fälle) und für die der Name typischer Brachialisknochen geläufig ist. Um seine Bildung zu erklären, weist S. darauf hin, daß durch die Periostablösung vom vorderen Humerusbezirk ein mehr oder weniger ausgedehnter Raum entsteht, der durch Blut, Synovialisflüssigkeit und nekrotische Muskelfetzen erfüllt ist. Während sonst und an anderen Stellen Callusproduktionen durch Umgrenzung der Produktionsstelle seitens fester Nachbargewebe eingeschränkt sind, vermutet S., daß in dieser Höhle ein ausnahmsweise ungestörter und die gewöhnlichen Maße übersteigender Grad von Callus- bzw. Knochenbildung zustande kommen kann. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) Paul Ewald. Über Myositis ossificans nach Traumen, bei Frakturheilungen und Arthropathien. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 310.)

E. stellt die neue Theorie auf, daß bei Extremitätenverletzungen in der Nähe der Gelenke (Knochenbrüche und Verrenkungen) der Austritt von Synovia durch einen Kapselriß bei gleichzeitiger Quetschung der benachbarten Muskulatur in dieser den Anlaß zur Knochenproduktion abgibt. »Die Synovia reizt das Bindegewebe, ob nun durch primäre Inkrustation der Gewebe mit Kalksalzen oder auf andere noch unbekannte Weise zur chondrogenen oder direkten Knochenbildung.« Einige von ihm zur Prüfung dieser Theorie vorgenommene Kaninchenexperimente fielen freilich negativ aus, indes erscheint ihm dieselbe plausibler als die übrigen zur Erklärung des Leidens aufgestellten und von ihm des näheren kritisierten Hypothesen. Er untersucht zur Prüfung ihrer Zulässigkeit an den größeren Körpergelenken den Ansatzverlauf der Kapselmembran an den Knochenenden (cf. schematisierte Figuren) und konstatiert, daß diese Situsverhältnisse auf die Lage der praktisch beobachteten Muskelverknöcherungen gut passen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

18) **Masao Sumita. Beiträge zur Lehre von der Chondrodystrophia foetalis (Kaufmann) und Osteogenesis imperfecta (Vrolik), mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen und klinischen Differentialdiagnose.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 1.)

Die aus dem pathologischen Institut in Göttingen hervorgegangene Arbeit beschäftigt sich eingehend mit der von dem Leiter dieser Anstalt, Prof. Kaufmann, als Chondrodystrophia foetalis bezeichneten angeborenen Knochenwachstumsanomalie. Der so benannte Krankheitsbegriff nebst der von Vrolik richtig als Osteogenesis imperfecta beschriebenen Affektion sind als exakt anatomisch nachgewiesene Leiden anzuerkennen und haben in der Pathologie an die Stelle der sogenannten, tatsächlich gar nicht vorkommenden »fötalen Rachitis« zu treten. Basis der Auseinandersetzungen S.'s bildet eingehende Beschreibung von sieben dem Göttinger Institut gehörigen Leichen von Föten bzw. Neugeborenen, die mit einer der genannten Krankheiten behaftet sind, dazu Beigabe von etlichen Abbildungen und Maßtabellen. Bei beiden Erkrankungen ist eine Identifikation mit thyreogenen Erkrankungen (Myxödem) und Kretinismus auszuschließen, auch mit Lues haben sie nichts zu tun. Desgleichen sind Wachstumsstörungen infolge von Einwirkung seitens der Eihäute, sowie durch Druckwirkung der Cutis im Sinne einer Kompression der Knochen abzulehnen. Die Chondrodystrophia foetalis ist als Mißbildung, als Vitium primae formationis des Knorpels zu verstehen. Sie ist nachweislich erblich, kombiniert sich mit anderen Mißbildungen und charakterisiert sich im wesentlichen durch gestörte enchondrale Ossifikationsvorgänge bei normaler periostaler und endostaler Knochenbildung. Der Hauptkrankheitsprozeß scheint meist im fötalen Leben zu verlaufen und nach der Geburt nicht mehr aktiv zu sein. Überlebende Kinder wachsen weiter relativ gefahrlos. Die bisher häufig unter dem Namen »Achondroplasie« beschriebenen Zwerge sind zweifellos überlebende Fälle der Krankheit. Charakteristisch für sie sind: Mikromelie, Angeborensein, normale Intelligenz, gut entwickelte Muskulatur, normale Entwicklung der Genitalien, fehlende allgemeine Störungen usw. Bei der Osteogenesis imperfecta findet man dagegen Funktionsunfähigkeit der Periost- und der Osteoblastenzellen bei normalen enchondralen Vorbereitungsvorgängen, klinisch annähernd normales Knochenlängenwachstum, aber geringe Knochenfestigkeit und Knochenbrüchigkeit. Die leichten Fälle der Krankheit sind auch nicht selten lebensfähig. Osteogenesis imperfecta und Osteopsathyrosis scheint klinisch und anatomisch dieselbe Krankheit zu sein. Weitere Daten und Details s. Original, das zum Schluß ein Literaturverzeichnis von 254 Arbeiten beibringt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) **A. K. Schenk. Achondroplasie beim Menschen. (Klinische Studie.)** Diss., St. Petersburg, 1910. 168 S. (Russisch.)

Beschreibung zweier Fälle: Knabe von 17 und Mädchen von 16 Jahren, mit Photographien und Röntgenbildern. Die einzelnen Kapitel behandeln: Die verschiedenen Arten der Zwerge, die fötale Rachitis, die Achondroplasie, ihre klinische Symptomatologie, die Eigentümlichkeiten des Skeletts, die pathologische Anatomie, die differentielle Diagnose, die Pathogenese. — Schlußfolgerungen: Die Achondroplasie ist eine in der fötalen Periode auftretende streng gesonderte Form der Knochendystrophie. Ein Teil der Symptome ist für den Neugeborenen, den Jugendlichen und den Erwachsenen gemeinsam (kleiner Wuchs, Mikromelie,

Brachycephalie, eingefallene Nase, vorstehende Stirnhöcker, hoher kuppelförmiger Gaumen, Verdickung der Epiphysen der langen Extremitätenknochen usw.); andere Symptome sind den einzelnen Altersstufen eigen: Neugeborene: Reichliche Fettentwicklung mit Bildung zahlreicher querer Hautfalten, Vorstehen der Zunge, Zurücklagerung der oberen, brüske Krümmungen der unteren Extremitäten. Jugendliche und Erwachsene: Kleinheit des Gesichts, starke Entwicklung des Hinterhauptsknochens, Vorstehen der Schlüsselbeine, Abstehen der Arme, Verkürzung derselben, verengtes Becken, Lordose (infolge des großen Gewichts des Kopfes), normale Entwicklung der Psyche und der Genitalien. — Die Epiphysenverdickung ist an der oberen Extremität stärker ausgeprägt, als an der unteren. Der Humeruskopf ist verdickt und pilzartig abgeflacht, die beiden Höcker gut, der Hals schwach entwickelt, die Humerusdiaphyse am chirurgischen Hals bogenförmig verkrümmt. Ziemlich oft sind die Diaphysen der langen Extremitätenknochen, besonders Femur und Vorderarm, verkrümmt. Die Beteiligung des Fibulaköpfchens an der Bildung des Kniegelenks (Symptom von P. Marie) ist bei weitem nicht konstant. Die frühe Verwachsung der Epi- und Diaphysen scheint häufiger vorzukommen, als die Verzögerung derselben. Infolge bedeutender Entwicklung der Muskulatur sind die Apophysen und die anderen normalen Knochenvorsprünge oft verdickt. Trotz mancher Ähnlichkeit mit Beck's Osteoarthritis deformans endemica ist die Achondroplasie doch eine vollkommen selbständige Erkrankung. Die angeborene Syphilis scheint in der Pathogenese nicht die letzte Rolle zu spielen.

Auf 18 Seiten wird die Literatur aufgezählt. Gückel (Kirssanow).

---

20) H. v. Haberer. Zur Frage der Knochencysten, zugleich ein Beitrag zur freien Knochentransplantation. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

Verf. bespricht in kurzem Referat die modernen Bestrebungen des Knochenersatzes, von denen besonders die Verpflanzung des periosthaltigen Knochens sich in jüngster Zeit als empfehlenswert erwiesen hat. Er selbst war in der Lage, fast den ganzen Oberarm einer Pat., den er wegen ausgedehnter Cystenbildung entfernen mußte, durch die periostgedeckte Fibula eines Amputierten zu ersetzen. Die überknorpelte Gelenkfläche des Malleolus paßte ausgezeichnet in die Schultergelenkspfanne, und das obere zugespitzte Ende der Fibula ließ sich gut in den Markraum des Humerus einfügen. Die Heilung erfolgte nach Wunsch, und die grazile Fibula nahm unter dem Einfluß der funktionellen Beanspruchung an Umfang zu, wie aus der Röntgenphotographie ersichtlich ist. Was die Ätiologie der Cystenbildung in Oberarmknochen bei vorliegendem Falle anlangt, so glaubt v. H. den Befund als einen zur Ostitis fibrosa gehörigen ansehen zu müssen. Er kommt dabei auf einen früher publizierten Fall zurück, bei dem neben der Ostitis fibrosa Riesenzellensarkomgewebe gefunden wurde. Gegenüber Gaugele beharrt Verf. auch heute noch auf dem Standpunkt, daß jene sarkomartigen Bildungen in der Tat als echtes Riesenzellensarkom aufgefaßt werden müßten, und hält es nicht für richtig, alle Fälle von Cysten der langen Röhrenknochen unter einem einzigen Krankheitsbilde zusammenfassen zu wollen. Er glaubt vielmehr, daß Knochencysten bei drei Prozessen auftreten können, nämlich als Produkt der Einschmelzung einer soliden Geschwulst, als Folge der Ostitis fibrosa und bei einer Kombination der Ostitis fibrosa mit Sarkombildung.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

21) L. Titow. Über Knochenechinokokkus. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Der Echinokokkus wird im Knochen des Menschen nur selten gefunden, am häufigsten hier noch in den Beckenknochen und in den langen Knochen, wie Femur, Tibia und Humerus, wo er von der Epiphyse aus sich gewöhnlich in die ganze Knochenmarkshöhle verbreitet. T. beschreibt einen Fall von Echinokokkus des Schulterblattes, das fast ganz in die Geschwulst umgebildet worden war. Durch Operation wurde Heilung erzielt. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

22) Perthes. Über Arthritis deformans juvenilis. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 111.)

P. beobachtete in der ihm unterstehenden Poliklinik in Leipzig binnen eines Jahres sechs Fälle jugendlicher Arthritis deformans des Hüftgelenks, ein Umstand, der nicht unwahrscheinlich macht, daß diese Krankheit häufiger ist, als bisher angenommen. Er teilt die betreffenden Krankengeschichten unter Beigabe von Röntgenogrammen mit, knüpft hieran eine Allgemeinbesprechung und schließt mit einer tabellarischen Übersicht aller bisher publizierten Fälle (26 einseitige, 12 doppelseitige Erkrankungen). — Ein Trauma kommt für das Leiden in der Regel ätiologisch nicht in Betracht; bisweilen scheint eine bakterielle Hüftentzündung ihr zugrunde zu liegen Erste pathologische Veränderung ist eine Abflachung der Kopfepiphyse, in Kegel- später Walzenform. Röntgen zeigt dabei subchondrale Resorptionserscheinungen in der Knochensubstanz. Die in hinkendem Gange sich dokumentierenden Bewegungshemmungen entsprechen der Kopfdeformität und bestehen in Hemmung oder Aufhebung der Abduktion und Rotation bei freier Flexion. Die Gelenkbewegungen pflegen nicht schmerzhaft zu sein, dagegen können sich nach längerem Gehen spontane Schmerzen, nicht selten im Knie, einstellen. Krepitation ist nur selten vorhanden. Diagnostisch kann mit dem Leiden Coxa vara und Coxitis tuberculosa verwechselt werden. Das Leiden neigt zu stetigem Fortschritt; bei seiner Behandlung ist Ruhigstellung des Gelenkes zu vermeiden, Massage und passive Bewegungen sind ratsam. Bei weit vorgeschrittenen Fällen kommt operative Modellierung des Schenkelkopfes oder die Resektion in Betracht. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

23) C. Canestro (Genua). Etude diagnostique sur la syphilis des articulations et des bourses séreuses. Recherches sur la déviation du complément. (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 325.)

Trotz aller Fortschritte in der Diagnose der Sepsis ist dieses Leiden bei Affektionen der Gelenke und Schleimbeutel von den Autoren fast stets nur per exclusionem und nur auf Grund einer erfolgreichen antiluetischen Kur als solches diagnostiziert worden. Verf. beobachtete nun drei Fälle von unzweifelhafter Syphilis mit Gelenkergüssen bzw. mit einem Hygrom unter der Tricepssehne des Oberschenkels (M. quadriceps fem.) und suchte mit Hilfe der modernen Syphilidologie festzustellen, ob es sich bei den Gelenkerkrankungen um luetische Veränderungen handle oder nicht. C. kommt nach ausführlichen differentialdiagnostischen Erörterungen mit besonderer Berücksichtigung der Wassermannschen Reaktion zu folgenden Schlüssen:

1) Die Giemsa-Färbung auf Spirochaete pallida und die ultramikroskopische Untersuchung des Gelenk- oder Schleimbeutelergusses kann negativ bleiben, selbst wenn alle anderen Methoden die luetische Natur der Ergüsse zu beweisen

scheinen; die Spirochaete ist also »vielleicht« im Exsudat vorhanden, aber doch nur sehr selten.

2) Die Wassermann'sche Reaktion kann bei Gelenk- und Schleimbeutelaffektionen insofern von Nutzen sein, als sie uns eine konstitutionelle Syphilis anzeigt, welche uns sonst vielleicht entgangen wäre.

3) Die Wassermann'sche Reaktion des Blutes kann positiv sein bei negativer der Gelenkflüssigkeit.

4) Ist die Wassermann'sche Reaktion des Blutes und der Gelenkflüssigkeit positiv, so hat man wahrscheinlich eine luetische Veränderung an den Gelenken oder Schleimbeuteln vor sich.

Literaturverzeichnis von 42 Nummern. Boerner (Erfurt).

---

24) E. Duroux. Traitement chirurgical des arthropathies nerveuses.

(Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 360.)

Die ausführliche Beschreibung der klinischen und pathologisch-anatomischen Bilder bringt nichts Neues; es soll daher nur auf die therapeutischen Anschauungen des Verf.s eingegangen werden. Die chirurgische Behandlung der neuropathischen Gelenkerkrankungen war bisher bei größeren Gelenken eine sehr zurückhaltende; mußte aber ein blutiger Eingriff gemacht werden, so wurde meist die einfachere Amputation ausgeführt. Gegen die systematische Nichtanwendung der Resektion richtet sich daher der Verf. und fordert, daß je nach der Form der Arthropathie besondere Indikationen für die Behandlung aufgestellt werden.

Unter den nicht komplizierten trophischen Gelenkerkrankungen bedürfen die atrophischen gewöhnlich keines größeren Eingriffes; Ergüsse behandelt man mit Punktionen und Auswaschung oder, wenn sie schnell und dauernd wiederkehren, mit Arthrotomie und Kauterisation der Synovialis oder Tamponade. Mit der Gelenkeröffnung läßt sich auch in manchen Fällen zweckmäßig eine Arthrodese verbinden. Die Resektion erzielt in diesen Fällen keine guten Resultate, weil die gewünschte Ankylose ausbleibt; die Amputation kann nur dann in Frage kommen, wenn ein Gelenk der unteren Extremitäten ergriffen ist und durch die Operation erreicht wird, daß der Kranke nicht mehr an das Bett gefesselt ist.

Anders liegen die Verhältnisse bei der hypertrophischen Form; hier handelt es sich darum, ein Gelenk wieder beweglich zu machen oder eine fehlerhafte Stellung zu korrigieren, ersteres insbesondere beim Ellbogen-, letzteres beim Fußgelenk. Die gewünschte Ankylose bleibt bei der hypertrophischen Form nach den bisherigen Erfahrungen nicht aus, wenigstens am Fußgelenk.

Handelt es sich um sekundär vereiterte Gelenke, so genügt bei der atrophischen Form die eventuell wiederholte Punktion; versagt sie, so wird amputiert. Bei der hypertrophischen Form gelingt eine Entleerung des Eiters durch Punktion oder auch Arthrotomie nicht; auf Grund der Erfahrungen bei zwei Fällen rät D., hier zunächst die Resektion mit ihrer vorzüglichen Drainage zu machen; nur bei Greisen solle man gleich die Amputation ausführen.

Literaturverzeichnis von 14 Nummern, eine Abbildung im Text.

Boerner (Erfurt).

---

25) Paul Zander. Ein Beitrag zur Prophylaxe und Behandlung der Kontrakturen. (Med. Klinik 1911. p. 258.)

Übersicht über die operativen und orthopädischen Maßnahmen, die bei den Versteifungen jedes einzelnen Gelenkes und bei den sonstigen Kontrakturen angezeigt sind. Die zum Teil von Z. mit Verbesserungen versehenen Schienenhülsenvorrichtungen für Fuß, Bein und Becken sind abgebildet.

Georg Schmidt (Berlin).

---

26) Bardenheuer. Die Entstehung und Behandlung der ischämischen Muskelkontraktur und Gangrän. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 44.)

In einer 156 Seiten starken Abhandlung legt B. seine auf reiche eigene Erfahrung gegründeten Ansichten über die auf Ischämie beruhende Myositis bzw. Kontraktur und Gangrän nieder, wobei aber der Vollständigkeit wegen auch die auf anderweitigen Ursachen beruhenden Gangränformen Berücksichtigung finden. Von den vielfach älteren Doktrinen über den Gegenstand berichtigenden und mancherlei wichtige praktisch-therapeutische Grundsätze befürwortenden Darlegungen der Arbeit rekapitulieren wir, uns nicht an die Reihenfolge des Gedankenganges im Original bindend, folgendes. Es war ein Irrtum, die ischämische Muskelkontraktur in erster Linie oder in der Mehrzahl der Fälle auf einschnürende Verbände, namentlich Gipsverbände, zurückzuführen. Zugegeben, daß solche kunstwidrig und schädigungsfähig sind, wird betont, daß eine Verbandskonstriktion für sich allein kaum das fragliche Muskelleiden verschulden kann, ein Umstand, der in foro bei Entschädigungsansprüchen oder Klagen gegen Ärzte von Wichtigkeit ist, und auf den B. ausführlich eingeht. Die chirurgischen Erkrankungen, bei denen die ischämische Muskelaffektion vornehmlich in Frage kommt, sind suprakondyläre Frakturen am Humerus und Femur, Ellbogenverrenkungen nach hinten, Brüche der unteren Vorderarmknochenenden, weiter aber Gefäßverletzungen an oberen Gliedteilen, an der Subclavia, Femoralis, Gefäßembolien, Thrombosen, Aneurysmen, ferner Phlegmonen usw. Soweit es sich um Knochenbrüche und Verrenkungen handelt, findet sich gewöhnlich eine Mitbeteiligung der Gefäße, zunächst namentlich der Arterie. Es kann sich um völlige Querrisse des Arterienrohres handeln, doch führen solche leichter zu akuter Gangrän; in der Regel hat man es mit Rissen der Gefäßintima zu tun, die B. in 17 Fällen 7- bzw. 9mal nachgewiesen hat. Kompliziert wird die Gefäßverletzung, bei der übrigens schon bloße Kontusionen schädigend wirken können, durch Quetschung und Zerreißungen der Nachbarmuskulatur und besonders durch Verletzungen des Gefäßbettes. Die Folgen bestehen in Zirkulationsstörungen am Verletzungsort, besonders in venöser Stauung. Die fasciösen Umhüllungen der Extremitäten am Ellbogen und Kniegelenk, die Fascienkapseln, in welche die Sehnen, Insertionen und Ursprünge der Muskeln daselbst eingescheidet sind, behindern eine Ausdehnung der anschwellenden Weichteile und setzen diese unter Überdruck, während gleichzeitig durch Gerinnungsprozesse an der Intimarupturstelle der arterielle Blutfluß ebenso Not leidet wie in den kleineren Kollateralbahnen. Die Folge ist eine strotzende Überfüllung der unterhalb der Gelenke (Ellbogen und Knie) gelegenen Venenplexus, die sich zu förmlichen »Venenstaubecken« umwandeln. Hierdurch leidet die Ernährung der Intima der Venen (Tod der Kerne), die Venen werden für Serum durchgängig, was weitere Schwellungszunahme bewirkt. In progredienten Fällen greift die venöse Stase auch in den weiter peripheren Venengebieten (am Vorder-

armunterende usw.) Platz, so daß zuletzt auch ein Ödem an Hand oder Fuß entsteht. Die Wirkung der Stauungshyperämie schädigt nun die unterhalb der Gelenke an der Verletzungsstelle gelegenen Muskeln, und zwar zunächst, da der Stauungsprozeß auf der Extremitätenbeugeseite vor sich geht, die Beugemuskeln — erst die Beuger der Hand und Finger, dann die Interossei, zuletzt die Muskeln der Streckseite. Anatomisch zeigt sich das früheste Stadium der Erkrankung ebenfalls nur als venöse Hyperämie, die eine ischämische Muskelinfiltration vermittelt. »Akute ischämische Myositis.« Man findet die Muskeln hoch dunkelrot, serös-sanguinolent durchtränkt. Die Kerne ihrer Fibrillen werden durch die behinderte »Atmung« nekrotisch, die Muskelfibrillen zerfallen. Bei weiterem Fortschritt der Zerstörung tritt Gangrän der Muskeln ein, Aufbruch der zerfallenen Fibrillen, bei gleichzeitiger Nekrotisierung der durch Anämie und Spannung geschädigten Haut. Leichtere Grade der Erkrankung aber werden rückgängig oder endigen mit Resorption der zerfallenen Massen durch narbig-fibröse Entartung mit der ischämischen Kontraktur. Der Ausgang in letztere ist typisch für das kindliche Alter, bei älteren Kranken ist Gangrän das häufigere Ereignis. Die Diagnose der Erkrankung gründet sich demgemäß, abgesehen von der Erkenntnis einer Gefäßbeschädigung und einer Zirkulationsstörung an der Stelle dieser, auf folgende Symptome: Sehr heftige, spontane Schmerzen im ganzen Vorderarme, Druckschmerz, dazu Parästhesien, Taubsein, Ameisenkriechen; ischämische Infiltration der Beugemuskeln; Schwellung, Cyanose der Hand, von dieser aufsteigende Ödeme; Störung des Allgemeinbefindens; Kontrakturstellung von Hand und Fingern; weiterhin Atrophien der kleinen Fingermuskeln; Verlust der elektrischen Muskelreizbarkeit; schließlich trophische Störungen an den dauernd geschädigten Gliedern. Bisweilen sind auch die Nervenstämme an der Erkrankung beteiligt. In Fällen völliger Anästhesien an Hand und Fuß besteht Gefahr vollkommener Gangrän, und kann dann gewöhnlich über der Zone völliger Anästhesie, zirkulär abgesetzt, noch eine hypästhetische und eine hyperästhetische Zone nachgewiesen werden. Zu unterscheiden ist diagnostisch noch zwischen deszendierender und aszendierender Myositis, letztere von den terminalen Gliedteilen (bei Radiusfraktur usw.) aus eintretend.

Der Therapie fällt die wichtige Aufgabe zu, abgesehen von der Vermeidung jeder Stauung bewirkenden Verbandweise, das Entstehen oder das Überhandnehmen der venösen Stauungszirkulationsstörung zu verhüten. Hierzu gehört bei Verdacht auf Arterienverletzung die Freilegung und Revision des Gefäßes, nicht nur zwecks dessen eventuell notwendiger Unterbindung oder Beseitigung eines Aneurysma, sondern zur Freimachung und Entspannung des Gefäßlagers. Liegen an den venösen subartikulären Venengeflechten die beschriebenen strotzenden Blutüberfüllungen vor (»Staubecken«), so ist durch Inzision der Fascienhüllen eventuell durch Schnitte in die Muskeln, in den Lacertus fibrosus des Biceps usw. für weitere Entlastung der Zirkulationstätigkeit Sorge zu tragen. B. macht Mitteilung, in wie vielen Fällen er sich dieser Eingriffe mit Erfolg bedient hat. Für Behandlung der terminal-stationären Endausgangszustände der ischämischen Kontraktur bieten die modernen Operationen der Knochenresektion in continuitate (Mikulicz-Henle), die Insertionsablösung der kontrakten Muskeln (Frank), die schräge Myotomie (Drehmann-Bardenheuer) noch sehr beachtenswerte Korrektionsmethoden.

Mit dieser Inhaltsandeutung uns hier begnügend, verweisen wir des weiteren auf das Original, dessen Studium jedem Fachgenossen zu raten ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

27) **Rothschild (Frankfurt a. M.). Über funktionelle Heilung der Cucullarislähmung mittels freier Fascienplastik.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Bei einer 17jährigen Pat. gelang es, mittels der freien Fascienplastik einen schweren Fall von Cucullarislähmung zur vollständigen funktionellen Ausheilung zu bringen. Der Fascienlappen wurde der Fascia lata femoris entnommen und nach ausgiebiger Freilegung des M. cucullaris mit der einen Schmalseite an dem oberen medialen Schulterblattwinkel angenäht, während das andere schmale Ende des Fascienstreifens unter stärkster Spannung neben der Wirbelsäule am M. latissimus dorsi und an der tiefen Rückenmuskulatur festgenäht wurde. Der Zug muß so stark sein, daß das Schulterblatt in gleicher Höhe mit dem der gesunden Seite und sein medialer Rand mit der Wirbelsäule parallel steht. Zur Vermeidung einer Verwachsung mit der darüber liegenden Haut wird der Fascienlappen unter dem Cucullaris durchgeführt. Der Fascienstreifen nähert das nach außen abgewichene Schulterblatt der Wirbelsäule, zieht die Schulter nach rückwärts und dreht das Schulterblatt um seine sagittale Achse, so daß es der Wirbelsäule parallel steht. Deutschländer (Hamburg).

---

28) **Lotsy. Radiographischer Nachweis einer Bursitis subdeltoidea.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 2.)

Ein junger Mann, der seit Jahren an Schmerzen in der rechten Schulter litt, empfand beim Kegelspielen plötzlich einen äußerst starken Schmerz in der rechten Schulter; das Schultergelenk schwoll stark an, und das Röntgenbild zeigte am oberen Rand des Humeruskopfes und am anatomischen Hals einen ovalen Schatten, der den Knochen etwas überragte. In diesem etwas helleren Schatten befinden sich zwei tiefere, kleinere. Der Schatten rührt nach des Verf.s Ansicht von einem Erguß in der Bursa her; die tieferen Schatten sind wahrscheinlich auf Salzablagerungen zurückzuführen; die Behandlung bewirkte durch heiße Umschläge sehr rasche Besserung. Gaugele (Zwickau).

---

29) **Valerian Thom. Beitrag zur Gelenkmobilisation. Interposition eines frei transplantierten Fascienstreifens bei knöcherner Ankylose des Ellbogengelenkes.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 424.)

Den Daten, welche bereits der Titel der Arbeit über ihren Inhalt gibt, ist hinzuzufügen, daß der behandelte Pat. ein 11jähriger Schüler war, und daß der große Fascienstreifen, der zwischen die nach Arthrotomie mit Kocher'schem Schnitt frei gemachten und passend geglätteten Gelenkteile seines Ellbogens interponiert und vernäht wurde, dem rechten Oberschenkel entnommen war. Die im Posener Krankenhause gemachte Operation heilte per primam. Die erzielte Beweglichkeit ist um 55° möglich — Flexion bis 65°, Extension bis 120°. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

30) **G. Kreglinger. Ein Fall von hereditärer, kongenitaler, doppelseitiger Synostose beider Vorderarmknochen an der proximalen Epiphyse.** Diss., Bonn, Heinrich Ludwig, 1910. 43 S., 3 Abb.

Der Fall betrifft einen 50jährigen Mann, der wegen vermeintlicher Unfallsfolgen noch linkseitigem Speichenbruch 3 Jahre seine Berufsgenossenschaft beschäftigt hatte, dann zur Diagnose kam. Das Wesentliche des Befundes war:

Elle und Speiche stehen bei rechtwinkliger Armhaltung völlig fixiert in Mittelstellung zwischen Pro- und Supination, beiderseits. Drehbewegungen beiderseits völlig unmöglich. Streckung im Ellbogengelenk beiderseits bis 140° möglich, da Olecranon und proximales Ulnaende abnorm stark entwickelt sind. Proximales Radiusende und Radiusköpfchen weder links noch rechts tastbar. Bruchstelle der linken Speiche 9 cm oberhalb des Handgelenks gut verheilt. Röntgenbild: beide Extremitäten zeigen genau symmetrisch zunächst das proximale Ende beider Radien wesentlich länger wie normal, Capitulum radii und Radiushals fehlend, beide Radiusknochen von der Tuberositas radii ab bis zur hinteren Ulnarwand mit dem proximalen Ulnaende fest verwachsen, die Kontour des Radius innerhalb der Verwachsung erhalten. Keine Artikulation des Radius mit Humerus. Callus an der Bruchstelle des linken Radius.

Vergleichende Zusammenstellung der Literatur der bisher bekannten hereditären angeborenen, doppelseitigen 3 Fälle, sowie der nicht hereditären, angeborenen 15 doppelseitigen, und 9 einseitigen Fälle. Das Kardinalsymptom ist die Fixation der Hand in Mittelstellung. Gewöhnlich laufen noch andere Knochenmißbildungen nebenher, in diesem Falle nicht.

Für die Differentialdiagnose (Defekte, Ankylosen, Exostosen, trophoneurotische Störungen, Lues, Rachitis, Luxation) kommt besonders in Betracht die völlige Aufhebung der Supination, die bei anderen Störungen teilweise aufgehoben sein kann. Völlige Sicherheit gibt nur das Röntgenbild, wichtig auch für die Unfallheilkunde; diesem Pat. wurde seine Rente entzogen.

Die bisher in fünf solchen Fällen versuchten operativen Maßnahmen, Durchmeißelung, Interposition von Muskel, haben ein sehr mangelhaftes Resultat und sind überflüssig, da Hand und besonders Schultergelenk vikariierend für die Rollbewegung eintreten.

Die Erblichkeit in diesem Falle konnte für drei Generationen festgestellt werden. Eine vergleichend anatomische Betrachtung über das Antibranchium führt die Ätiologie auf einen teilweisen Rückschlag zu den niederen Vertebraten, also auf einen Atavismus zurück, mit analogen Beispielen. Ausführliche Literatur.

H. Gaupp (Bromberg).

---

31) Dietz (Haag). Die radio-ulnare Synostose, eine seltene angeborene Mißbildung der Ellbogengegend. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 1.)

Das Röntgenbild ergibt Synostose zwischen Elle und Speiche; die Spongiosastruktur von Elle und Speiche geht ohne Unterbrechung ineinander über; offenbar sind diese Fälle reiner Synostose ätiologisch durch eine zu früh aufgetretene Ossifikation zu erklären, bevor noch die gemeinsame Anlage von Elle und Speiche sich bis zum Ende geteilt hatte.

Gaugele (Zwickau).

---

32) H. Zuppinger. Beitrag zur Lehre von der typischen und suprakondylären Radiusfraktur. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Z. behandelt in vorliegender Arbeit die subperiostalen und kompleten Schaftbrüche des Radius sowie die Epiphysenlösung und die typische Radiusfraktur zusammen als eine Gruppe, obschon es sich zum Teil um Biegungsbrüche, zum Teil um Brüche handelt, die durch Schub eingeleitet werden. Die Zusammengehörigkeit dieser verschiedenen Frakturen wird jedoch andererseits durch ihre gemeinsame

traumatische Ätiologie wie durch die gemeinsam erforderliche Therapie gerechtfertigt. Nach den Erfahrungen des Verf. hat bei diesen Brüchen der zirkuläre Verband, selbst wenn er nicht zu eng angelegt wird, häufiger eine schlechte Heilung im Gefolge als alle anderen Behandlungsarten. Ebenso haben sich die Volarflexion und Ulnarabduktion nicht bewährt, sondern als unzweckmäßig erwiesen, weil sie eine Dislokation doch nicht verhindern und die Funktion schädigen. Deshalb lehnt Verf. unter detaillierter Schilderung der Nachteile der alten Behandlungsmethode mit ihrer fehlerhaften Fixation und Stellung der Hand im Verbande den zirkulären Gipsverband, die Volarflexion und ulnare Abduktion ab und empfiehlt eine eigene Methode. Nach dieser soll die Hand die möglichst geringe Muskelspannung besitzen, und diese Forderung ist am besten durch eine leichte Dorsalflexion im Handgelenk zu erreichen. Durch eine Reihe von Manipulationen und Zügen, deren genauere Beschreibung im Original nachgelesen werden muß, wird unter rechtwinkliger Beugung des Ellbogens die Hand in leichte Dorsalflexion zwischen Pronation und Supination bei halb gebeugten Fingern gebracht. In dieser Stellung wird sie durch eine volar anliegende gepolsterte Cramer'sche Schiene fixiert. Zur Vermeidung von Sehnenfixationen und Gelenkversteifungen wird vom 3. Tage an massiert und nach 2 weiteren Tagen mit vorsichtigen Gelenkbewegungen begonnen. Dazu muß der Verband zweimal täglich entfernt werden. Der Schienenverband bleibt 3—4 Wochen liegen. Am Ende der 3. Woche ist die Beweglichkeit fast stets eine vollkommene, wenn auch die volle Kraft erst einige Wochen später zurückkehrt. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

33) E. Körber. Ein Beitrag zu den Luxationen und Frakturen der Karpalknochen, speziell des Os lunatum und naviculare.

(v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

K. beschreibt ausführlich vier Fälle von Brüchen und Erkrankungen des Os lunatum und naviculare und beschäftigt sich detailliert mit dem Entstehungsmechanismus dieser kombinierten Verletzungen, die in letzter Zeit mehrfach beschrieben worden sind. Therapeutisch würde er den aseptischen Eingriff nach mißlungenem unblutigen Repositionsversuch anraten. Ob man alsdann reponiert oder den Knochen exstirpiert, das wird von der Ausdehnung der Bänderzerreißung und der Lage des Knochens abhängig gemacht werden müssen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

34) Kienböck. Über Luxationen im Bereiche der Handwurzel. A. Dorsale Luxation der Hand in der perilunären Gelenkslinie und isolierte volare Luxation des Os lunatum. B. Dorsale Luxation der Mittelhand.

(Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 2.)

Reine Formen der drei theoretisch möglichen Verrenkungsformen im Handgelenk, d. h. im Radiokarpalgelenk, im Interkarpalgelenk, im Carpometakarpalgelenk, sind sehr selten zu finden; häufiger sind Verrenkungen, die zwischen einzelnen Karpalknochen verlaufen; häufig zieht die Verrenkungslinie im Bogen um das Mondbein herum, das mit dem Vorderarmknochen in Verbindung bleibt; dabei kommt es nicht selten zu Absprengungen des Griffelfortsatzes der Elle, außerdem zu Kahnbeinbrüchen. Verf. spricht hierbei von dorsaler Verrenkung der Hand in der perilunären Gelenkslinie oder kurz von perilunärer Dorsalverrenkung der Hand. Er beschreibt ferner isolierte Verrenkung des Mondbeines

volarwärts und die dorsale Verrenkung des Metacarpus in unreiner carpo-metacarpaler Gelenkslinie. In dem angezogenen Falle zieht die Verrenkungslinie zwischen Naviculare und Multangulum majus, ferner als Bruchlinie durch das Multangulum minus weiter zum Metacarpus und Carpus. Einzelheiten der ausgedehnten Arbeit dürften am zweckmäßigsten im Original nachgelesen werden.

Gaugele (Zwickau).

---

35) **Kienböck. Über traumatische Malakie des Mondbeins und ihre Folgezustände: Entartungsformen und Kompressionsfrakturen.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 2.)

Verf. beginnt mit einem geschichtlichen Überblick, wobei er namentlich auf die Arbeiten von Pfitzner näher eingeht. Im Anschluß daran veröffentlicht er eine größere Anzahl eigener Beobachtungen, Fälle von sogenanntem Hypolunatum, sog. Entartungsformen und Kompressionsfrakturen.

Sowohl isoliert, als auch in Kombination mit analoger Veränderung des Naviculare oder mit Bruch von Naviculare, Triquetrum, Epiphyse des Radius, Stylus der Ulna, gibt es eine eigentümliche traumatische Erkrankung des Lunatum. Es handelt sich dabei wahrscheinlich um eine durch Kontusion oder Distorsion des Handgelenks (speziell im Sinne einer perilunären Dorsalverrenkung) und damit verbundene Bänder- und Gefäßzerreißungen hervorgerufene Ernährungsstörung des Knochens, eine Erweichung und darauffolgende Porose bzw. Sklerose mit allmählicher Abschleifung des proximalen Teiles und schließlich Zerfall des Knochens. Es ist möglich, aber nicht bewiesen, daß in manchen Fällen das Trauma mit der Bandzerreißung zugleich eine Fissur oder Fraktur des Knochens erzeugt hat; die bisher veröffentlichten Fälle von Bruch (anatomisch untersucht oder im Röntgenogramm sichtbar) sind — mindestens in der Regel — als Spontanfrakturen des bereits erkrankten Knochens aufzufassen.

Diese Veränderungen wurden bisher von den Anatomen meist als Varietäten, von den Chirurgen als primäre Kompressionsfrakturen aufgefaßt.

Eine analoge Knochenerkrankung nach Trauma wurde als isolierte Erscheinung bereits am Naviculare beobachtet (vgl. Preiser's Untersuchungen), und die Coxa vara traumatica (ebenfalls eine intrakapsuläre Affektion), sowie die Spondylitis traumatica (Kümmell) dürften in dieselbe Kategorie gehören.

Das sog. Epilunatum und Hypolunatum der Anatomen scheinen primäre Absprengungen vorzustellen. Diese Verletzungen dürften meist nur geringe Beschwerden verursachen, die Stücke können auch anheilen und führen nicht zu fortschreitender Erkrankung des Knochens.

Die genaue Diagnose ist nur durch die Röntgenuntersuchung möglich. Man findet unregelmäßige Fleckungen, Aufhellungen oder Verdunkelungen des Knochenschattens, entsprechende Erweichungen und Atrophie des Knochens, bzw. Sklerosierung des restierenden Teiles.

Klinisch findet sich im frischen Falle Schwellung des Handgelenks; auch im veralteten Falle sieht man oft noch diffuse leichte Schwellungen, zuweilen Bewegungseinschränkungen und Bewegungsschmerzhaftigkeit, ferner Druckschmerzhaftigkeit am Mondbein.

Im Verlaufe von Monaten und Jahren wird die proximale Fläche des Knochens immer mehr abgeschliffen, auch die Gelenkfläche der Speiche wird geschädigt, der Discus articularis zerstört; schließlich kann das Mondbein in zwei große oder

mehrere kleine Stücke zerfallen. Die Arthritis deformans breitet sich aber nicht auf die anderen benachbarten Handwurzelknochen aus, nur die Bänderansätze leiden ein wenig.

Diese traumatische Erkrankung des Mondbeins ist sehr häufig, vielleicht ebenso häufig wie die des Naviculare; sie pflegt häufig erst in den Folgezuständen größere Beschwerden zu machen.

Eine große Anzahl Röntgenbilder illustrieren in deutlicher Weise die Arbeit.

Gaugele (Zwickau).

---

36) **L. Heidenhain. Resectio carpi.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 570.)

Der für die Handgelenkresektion meist gebräuchliche Dorso-Radialschnitt nach Langenbeck gefährdet die radial gelegenen Strecksehnen, ein Übelstand, den ein ulnarer Längsschnitt vermeidet. H. empfiehlt den letzteren, der sich ihm gut bewährt hat, und hebt hervor, daß man den Schnitt nicht zu weit dorsalwärts machen soll, da die Ulnakante auf der Beugeseite, nicht auf der Streckseite des Vorderarms liegt. Genaue Beschreibung der Operation in allen ihren Stadien mit Beigabe von Illustrationen. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

37) **Fessler. Diagnose und Therapie der Frakturen an den Finger- und Mittelhandknochen.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 297.)

Für Diagnose der fraglichen Knochenbrüche, über deren Ätiologie kurze interessante Angaben gebracht werden, hebt F. die Wichtigkeit der Röntgenaufnahme, die unter Umständen von verschiedenen Seiten zu erfolgen hat, hervor, während er als beste Behandlungsmethode die Extension empfiehlt. Zu einfacher Handhabung der letzteren dient eine von F. konstruierte Schiene. Ein hakenförmig gekrümmter Bügel aus 2—3 cm breitem Bandeisen wird, an seinem geraden Ende gepolstert, fest in die Vola manus unterhalb des verletzten Fingers anbandagiert. An den verletzten Finger werden Heftpflasterextensionsstreifen gelegt und an das gebogene freie Eisenbügelende, das den betreffenden Finger in mehreren Zentimetern Abstand bogenförmig frei überragt, so fest als möglich herangebracht (cf. Abbildungen). Bei Lockerung des Zuges Ausbesserung der Zugstreifen. Heilungsdauer 2—3 Wochen, tadellose Resulatte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

38) **Fr. Fink. Über blutige Reposition irreponibler Daumenluxationen.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

Beobachtung eines Falles von irreponibler Daumenverrenkung, bei dem die Ursache des Repositionshindernisses in der straffen Spannung des nach dem Dorsum des Metacarpus dislozierten Kapselrandes lag, der bei den Repositionsversuchen nur noch fester angezogen wurde und so ein verstärktes Hindernis für die Einrenkung gab. Heilung durch Operation.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

39) **A. Stoffel. Vorschläge zur Behandlung der Glutaeuslähmungen mittels Nervenplastik.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. CVII. p. 241.)

Lähmung des Glutaeus maximus bei Kinderlähmung bedingt wegen der Bedeutung dieses Muskels für den aufrechten Stand und Gang des Menschen einen

sehr schlechten, hinkenden, krüppelhaften Gang. Die Versuche, in solcher Lage mit Muskelplastiken zu helfen, erzielten ungenügende Erfolge; S., der bei Lähmungen des Deltoideus mit Nervenplastiken bereits gute Resultate erzielte, hat deshalb auch für die Glutaeuslähmung ein Heilverfahren erdacht und bereits praktisch zur Ausführung gebracht. Er weist in seiner interessanten Besprechung über derartige Nervenplastiken darauf hin, daß deren Wirksamkeit davon abhängt, daß man an dem anzufrischenden Nerven sicher solche Fasern wählt, die der motorischen Leitung dienen und sicher funktionstüchtig sind. Man ist daher genötigt, festzustellen, an welcher Stelle eines größeren gemischten Nerven diese Bahnen liegen, worüber die anatomischen Handbücher bisher noch keine nähere Auskunft geben. Bei der Operation geben eng umschriebene Lokalreizungen der einzelnen Nervenfaserbündel mittels einer sehr kleinen Elektrode und schwachen Strömen, dann aber auch lokales Zwicken der Nervenbündelchen mit einer Pinzette den nötigen Aufschluß. Bei der vom Verf. an einem $2^3/_4$jährigen Knaben gemachten Operation bediente er sich der »aufsteigenden« Nervenimplantation, d. h. er pflanzte den peripheren Stumpf des abgeschnittenen gelähmten Nerven (N. glutaeus inf.) in den gesunden Nerven (N. ischiadicus). Der unterhalb des M. piriformis aufgesuchte N. glutaeus inf. wurde dabei bis fast zum Plexus sacralis verfolgt und durchschnitten. Am N. ischiadicus wurden zur Inokulierung Fasern gewählt, die dem Extensor hallucis longus dienen und in der lateralen Hälfte des N. peroneus liegen. S. legt Wert darauf, im kraftspendenden gesunden Nerven die Nervenbündel nicht longitudinal, sondern quer zu teilen, damit ein Zusammenwachsen der Achsenzylinder gesichert wird. Er macht also an der gewählten Nervenstelle mit Scherenschlag einen kleinen Querschnitt (»Okulierquerschnitt«). Da dieser zur bequemen Einlage des gelähmten Nervenstümpfchens nicht genügt, wird ihm noch T-förmig ein kleiner Längsschnitt hinzugefügt (»Fixierungslängsschnitt«), s. Abbildungen. Nach vollzogener Einbettung des Nerven werden beide Schnittchen exakt zusammengenäht. Der Enderfolg von S.'s Operation ist wegen Kürze der seit ihr verflossenen Zeit noch nicht klar übersehbar, doch ist eine Spur aktiver Kontraktionsfähigkeit des Glutaeus bereits nachweisbar. S. empfiehlt deshalb Nachprüfung seines Verfahrens, das in seiner Arbeit in anregender interessanter Weise eingehend physiologisch und technisch begründet ist.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

40) Plate (Hamburg). Über die Entstehung und Behandlung der Ichias scoliotica. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 3.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Beobachtungen von Ischias scoliotica, die er an der hydrotherapeutischen Abteilung des St. Georger Krankenhauses in Hamburg machen konnte, und an denen er seine Anschauungen über die Entstehung des Leidens entwickelt. Bei der Ischias scoliotica sind mehr oder weniger ausschließlich nur die Wurzeln des Nerven krank. Durch Vermittlung zahlreicher Anastomosen findet leicht ein Übergang auf den Plexus lumbalis statt, wodurch eine Neuralgie der sensiblen Muskeläste des Ileopsoas zustande kommt. Infolge der Schmerzhaftigkeit sträubt sich der Ileopsoas gegen völlige Streckung, und aus diesem Grunde wird das Hüftgelenk etwas gebeugt gehalten, kann aber in dieser Stellung wegen der Schmerzhaftigkeit der Kontraktionen des Ileopsoas nicht festgestellt werden, also nicht als Stütze dienen. Wegen der Verkürzung des Beines wird das Becken schräg gestellt, und um balanzieren zu können, muß eine skolotische Haltung der Wirbelsäule eingenommen werden. Die Therapie

hat sich nicht bloß auf die Ischias, sondern auch auf die Myalgie des Ileopsoas zu erstrecken. Verf. hat hierbei in drei Fällen gute Erfolge mit einer Injektion von 15 ccm Eukain-Alypinlösung in den Psoas gehabt.

Deutschländer (Hamburg).

41) Fr. Steinmann (Bern). Typische Wintersportverletzungen. (Schweiz. Rundschau für Medizin 1911. Nr. 1.)

Als typische Skifrakturen schildert S. an der unteren Extremität Spiralfrakturen mit mehrfach spiralig verlaufenden Bruchlinien, an der oberen Extremität dazu noch die Torsionsfrakturen der Mittelhandknochen. Bei den Rodelverletzungen stellt er neben die von Fischer schon beschriebenen: Skrotalwunde mit Vorfall der Hoden und Sprengung des Beckens als dritte typische Verletzung: Abriß des Ligam. collaterale tibiale am Epicondylus femoris.

A. Wettstein (Winterthur).

42) Bähr (Hannover). Aus dem Gebiete der Sehnenerkrankungen. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

Verf. beschreibt an der Hand zweier Beobachtungen zwei Krankheitsbilder, die in das Gebiet der entzündlichen Sehnenerkrankungen gehören und bisher noch wenig beachtet worden sind. Im ersten Falle handelte es sich um eine Erkrankung des Kniegelenks, das äußerlich keine groben Formveränderungen aufwies, und bei dem auch bei der Röntgenuntersuchung sich keine wesentlichen Abweichungen feststellen ließen. Funktionell war die Beugung und Streckung behindert. Die Quadricepssehne zeigte oberhalb der Kniescheibe eine gewisse Unebenheit und Resistenz, die deutlicher hervortrat, wenn sich die Sehne in einem gewissen Spannungszustand befand. Verf. faßt nach Analogie der traumatischen Tendinitis des Triceps surae die Erkrankung als eine Tendinitis der Quadricepssehne auf traumatischer Basis auf, woraus sich auch die Beschwerden erklären. — Im zweiten Falle handelt es sich um eine Entzündung des Synovialsackes der Strecksehne der Großzehe über dem Mittelfußzehengelenk, die eine Extensionskontraktur der großen Zehe bedingte. B. hält es für wahrscheinlich, daß derartige Prozesse mehr oder weniger in einem Zusammenhange mit dem von König beschriebenen Fällen von Flexionskontraktur der Zehe stehen.

Deutschländer (Hamburg).

43) Corner. Figures about fractures and refractures of the patella. (Annals of surgery 1910. November.)

Aus einer großen Statistik über Kniescheibenbrüche zieht Verf. folgende Schlüsse. 1) Die Brüche der unteren Hälfte der Kniescheibe sind die häufigsten, 83%. 2) Dreieckig gestaltete Kniescheiben sind die häufigsten, dann kommen die schräg gestalteten. 3) Querbrüche sind am häufigsten. 4) Auf drei Kniescheibenbrüche beim Manne kommt einer beim Weibe. 5) Brüche der rechten Kniescheibe sind etwas häufiger als die der linken. 6) Die meisten Brüche treten im Alter von 30—40 Jahren ein. 7) Die Kniescheibe ist der am häufigsten wieder brechende Knochen. 8) Nach der Operation treten innerhalb des ersten Jahres 69% Refrakturen ein. 9) Nach Behandlung ohne Operation erfolgen nach dem ersten Jahre 86% Refrakturen. 10) Die Prozentzahl der Wiederbrüche ist fast die gleiche bei der operativen wie bei der nicht operativen Behandlung. 11) Der Vor-

teil der operativen Behandlung beruht einzig und allein in der schnellen und vollkommenen Wiederherstellung der Funktion des Gliedes.

Herhold (Brandenburg).

---

44) Fritzsch. Die „Tibia en lame de sabre" als Folge der erworbenen Lues des Erwachsenen. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 1.)

Wenn man bisher diese Krankheit nur als Erscheinung bei der angeborenen Syphilis beobachtet hat, handelt es sich in dem Falle des Verf.s um eine Frau, die im ausgewachsenen Alter Lues erworben hat und bei der sich im tertiären Stadium im Alter von 54 Jahren allmählich das typische Bild der Tibiaverkrümmung entwickelt hat. Das Röntgenbild läßt deutlich die luetischen Erweichungsherde und die reaktive Sklerosierung erkennen. Warum gerade die Tibia von dieser Verunstaltung getroffen wird, erklärt Verf. mit Wieting dahin, daß die Häufigkeit und Leichtigkeit mechanischer Einwirkung, unterstützt durch den Mangel an Pflege und die verhältnismäßig ungünstigen Zirkulationsverhältnisse bei großer Inanspruchnahme zum Teil die Ursache hierfür abgeben.

Gaugele (Zwickau).

---

45) Theodor Gümbel. Isolierter Bruch des Condylus internus tibiae. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 617.)

Die Verletzung (cf. Röntgenbildskizze) entstand dadurch, daß Pat. mit dem linken Fuß in eine Transmission geriet und von dieser um die Transmissionswelle herumgerissen wurde. Dabei ist der Unterschenkel nach außen am Knie abgehoben, es handelte sich also sicher um einen Abrißbruch. Ca. 10 Monate nach der Verletzung, die übrigens mit Knochennaht behandelt wurde, ist das Knie stark rekurviert und in Varusstellung. Das Schienbeinbruchstück steht $^1/_2$ cm tiefer als normal, ist auch um die sagittale Achse derart gedreht, daß sein medialer Rand verhältnismäßig tiefer steht als die abgebrochene Hälfte der Eminentia intercondyloidea. Beträchtliche Invalidität. Der Verletzte kann sich auf das verletzte Bein noch nicht stützen und ist auf Tragen eines Schienenhülsenapparates angewiesen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

46) Worms et Hamand. Traitement des fractures de jambe par la „marche directe". (Arch. génér. de chir. VI. 12. 1910.)

Verff. betonen die Vorteile, die sich bei Unterschenkelbrüchen aus der direkten Belastung des Fußes im Delbet'schen Gipsverband ergeben. Besonders geeignet sind hierfür die Frakturen an Diaphyse und Malleolen, wenn die Bruchstücke nicht zu sehr verschoben sind, oder Frakturen mit stark verschobenen Bruchstücken, wenn bereits eine längere Extension vorausgegangen ist. Der Verband wird von den Verff. modifiziert in stärkster Extension angelegt und besteht in zwei seitlich angelegten Längsgipslonguetten, die vom Knie bis zur Fußsohle reichen und durch zwei zirkuläre Longuetten am Unterschenkel fixiert werden. Die zirkulären Longuetten liegen ohne Polsterung in schrägen Achtertouren, wobei die obere unterhalb des Knies, die untere um die Knöchel zu liegen kommt. Der Verband kann entweder unmittelbar nach dem Unfall angelegt werden, oder dann, wenn die primäre Schwellung verschwunden ist.

In acht Fällen ergab der einfache Verband ein vorzügliches Resultat.

M. Strauss (Nürnberg).

---

47) Grunert. Luxationen im Lisfranc'schen Gelenk. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 214.)

G. publiziert zwei eigene einschlägige Beobachtungen aus dem Garnisonlazarett Königsberg i. Pr., denen er 15 teils in der Armee, teils sonst beschriebene hinzufügt. Hiermit wird die Statistik dieser Verletzungen, die in Zusammenstellungen von Bayer und Lenormant gesammelt war, auf 113 Fälle gebracht, 58 Fälle den ganzen Mittelfuß betreffend, 55 einzelne Mittelfußknochen. An Häufigkeit überwiegen die Verrenkungen nach oben außen, entsprechend der Schwäche der Bänder dorsalerseits; nach unten ist die Verletzung am I. Metatarsus verhältnismäßig noch am häufigsten (5 Fälle). Verschiebungen des Mittelfußes nach innen steht die tiefe Einfalzung des II. Metatarsus in die Fußwurzel im Wege. Die Diagnose ist meist leicht, komplizierende kleine Frakturen sind aber naturgemäß nur durch Röntgen erkennbar; manche Verschiebungslagen sind aber auch auf der Röntgenplatte noch schwer zu deuten und können zu Täuschungen Anlaß geben. Offene Verrenkungen sind verhältnismäßig selten notiert (6 Fälle). Entstehungsursache der Verrenkung war meist schwere direkte Gewalt; sehr häufig bestand sie in Sturz mit einem Pferde, wobei oft notiert ist, daß der verletzte Fuß des Reiters im Bügel stecken blieb, womit Hebelwirkung zustande kommt. In frischen Fällen ist die Einrenkung meist leicht, und oft ist sie von den Verletzten selbst sofort zustande gebracht. Ist die Verrenkung erst längere Zeit uneingerichtet geblieben, so kann sie durch die rasch eintretenden Verwachsungen sehr erschwert und auch in Narkose unmöglich werden. Von 14 Fällen sind blutige Repositionsmaßnahmen notiert. Die Resultate waren nicht immer befriedigend, und in Fällen, wo die Reposition nicht ohne verschiedene Exstirpationen und Resektionen von Skeletteilen sich durchsetzbar erweist, scheint es ratsamer, auf Operation zu verzichten. Denn auch ohne solche kann der Fuß erfahrungsgemäß trotz Unreponiertbleibens der Verrenkung wieder gut funktionsfähig werden. Im allgemeinen soll die Operation nach G. nur bei Verrenkung eines Metatarsalknochens für indiziert gelten.

Die eigenen Fälle G.'s betreffen 1) eine Verrenkung des I. Metatarsus nach unten, entstanden durch Fall mit dem Reitpferde. Die Einrenkung mißlang zunächst; nach Abschwellung der Weichteile wurde operiert und die Reposition durch Hebelung mittels Elevatorium erreicht. Heilung, Gang kaum behindert, doch wurde Pat. als Militärinvalide entlassen. 2) Verrenkung des ganzen Mittelfußes nach außen. Ein Wagen mit Brückenholz, auf dem Pat. saß, fiel um, und dem Manne fiel das Holz auf die Fußsohle. Auch dieser Fall war irreponibel und mußte operiert werden. Dabei fand sich eine Interposition der Sehne des Tibialis ant. in das Tarso-Metacarpalgelenk. Endausgang: Leidliche Gehfähigkeit mit Plattfußeinlage und einem Stock, Entlassung als Invalide.

Sieben Röntgenogramme sind der Arbeit beigegeben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 13. Sonnabend, den 1. April 1911.

Inhalt.

XL. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen kurzen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser-Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

I.

Aus der chirurgischen Klinik in Gießen.
Direktor: Prof. Dr. Poppert.

Die Saugbehandlung infizierter und infektionsverdächtiger Wunden im sterilen Sandbade.

Von
Privatdozent Dr. A. Thies.

Die bisher bei der Behandlung von infizierten Wunden, Phlegmonen, Abszessen usw. üblichen Methoden sind die breite Eröffnung des Erkrankungsherdes, die Bier'sche Stauung, die Aspiration nach Bier und Klapp mit und ohne gleichzeitige Inzision, Ruhigstellung usw.

Im folgenden möchte ich ein Verfahren empfehlen, das sich uns in zahlreichen Fällen, auch bei schwerer Infektion gut bewährt hat. — Einen ausführlicheren Bericht über unsere Erfahrungen werde ich an anderer Stelle geben.

Das Verfahren beruht auf der Fähigkeit feingekörnter Massen, durch kapillare Attraktion Flüssigkeiten aufzusaugen. — Die Saugkraft ist um so größer, je feiner das Korn dieser Massen ist und kann ziemlich beträchtliche Höhe erreichen.

Folgender Versuch überzeugt von dieser Saugwirkung. Verbindet man ein Weingeistmanometer mit einem Berkefeldfilter, das mit Wasser gefüllt ist, und stellt das Filter in feinen Sand, so wird sofort das Wasser aus dem Tonfilter durch den Sand herausgesogen, es entsteht ein negativer Druck im Filter, und die Flüssigkeitssäule des Manometers steigt dauernd ziemlich rasch in die Höhe.

Diese Saugfähigkeit gekörnter Massen hat mich veranlaßt, infizierte oder infektionsverdächtige Wunden in sterilisiertem Sande zu baden, um eine gleichmäßige dauernde Saugwirkung auf die Wunde auszuüben.

Am geeignetsten hat sich für diesen Zweck der Elbsand erwiesen, da er frei ist von lehmigen Beimischungen, frei von Schiefer, und weil das einzelne Sandkorn rund geschliffen ist. — Wir beziehen diesen Sand von der Firma Astholz in Hannover in Einzelmengen von je 1 Zentner (»Filtrierter Flußsand Nr. 9«).

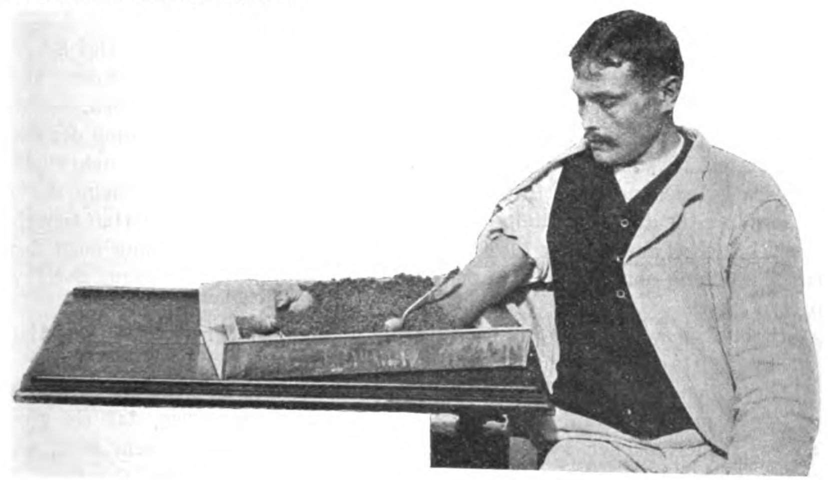
Das Verfahren besteht darin, daß man die Wundfläche, die Fistel, die durch die Operation gesetzte Wunde mit Sand bedeckt, etwa aus einer Streubüchse oder so, daß man den betreffenden Körperteil in das Sandbad hineinlegt. — Wir bedienen uns hierbei flacher viereckiger Schalen oder Blechrinnen, deren vordere und hintere Wand abnehmbar oder sehr niedrig ist, damit gelegentlich eine Extremität in ihr liegen kann. (Instrumentenmacher Schmidt, Gießen.) — Nebenstehende Abbildung läßt die Anordnung des Bades erkennen.

Bettet man eine Wunde in den Sand ein, so saugt dieser sofort alles Wundsekret gierig auf und ist in der Nachbarschaft der Wunde mehr oder weniger durchfeuchtet. Von Zeit zu Zeit muß daher der Sand von der Wunde abgeworfen oder abgenommen und durch neuen Sand ersetzt werden. Wir lassen das meist von den Pat. mit einem sterilen Löffel selbst besorgen.

Erforderlich für das Gelingen der Behandlung im Sandbade ist eine bestimmte

Größe des Sandkornes. Wir haben je nach dem vorliegenden Zweck Sandkörner von der Größe eines Mohnkornes bis zur Größe eines Hanfkornes verwendet. — Noch feinerer Sand würde zwar stärker saugen, doch ist es deshalb nicht notwendig, feineren Sand zu wählen, da die erwähnte Korngröße genügt, ziemlich kräftig zu saugen. — Feinerer Sand legt sich leicht in die Nischen der Wunde und läßt sich nicht so leicht abspülen. Notwendig aber ist, daß die Sandkörner nicht zu verschieden groß sind, weil der feinere Sand sonst bald zwischen den größeren Körnern nach unten fällt.

Die Sterilisation des Sandes erfolgt durch Kochen in 1%iger Sodalösung. Er wird in kleine, etwa 3—4 Liter fassende Leinensäckchen gefüllt und mit dem zugeschnürten Säckchen in einem länglichen Kocher (etwa einem Fischkocher) oder im Instrumentenkocher $^1/_2$ Stunde gekocht. Den so sterilisierten Sand hängt man in den Säckchen zum Austrocknen einige Stunden lang auf, worauf er zum Gebrauch trocken genug ist.



Durch Kochen in Sodalösung soll der Sand alkalisch werden, da dann gerinnende Substanzen, die aus der Wunde in den Sand dringen, nicht so leicht gerinnen können und dadurch die Schorfbildung gehemmt wird.

Die Sterilisation des Sandes kann täglich oder alle 2—3 Tage erfolgen, je nach Lage der Verhältnisse. — Läßt man bei mehrtägigem Gebrauch des Sandes das Wundsekret putrider oder mit Bac. pyocyaneus infizierter Wunden in den Sand saugen, so bekommt dieser leicht einen üblen Geruch. Es ist deshalb in solchen Fällen notwendig, den Sand öfters zu erneuern.

Die Dauer des Bades haben wir verschieden lang bemessen. Teils haben wir dauernd, teils nur tagsüber 12—14 Stunden baden lassen. Es ist vollauf genügend, auch bei stark entzündlich veränderten Wunden nur tagsüber das Sandbad durchzuführen. Zwar tritt, wenn man durch das Bad eine Abnahme der entzündlichen Veränderungen erzielt hat, häufig über Nacht wieder eine stärkere Schwellung und Rötung auf, doch verschwindet diese bald wieder, nachdem man mit dem Bade wieder begonnen hat, oft schon nach 2—3 Stunden.

Gelegentlich findet im Sandbad eine so außerordentlich reichliche Absaugung von Gewebsflüssigkeit statt, daß ein länger dauerndes Sandbad nicht ertragen wird. — So beobachtete ich nach einer Verbrennung zweiten Grades des Hand-

rückens und der Handgelenksgegend eine so starke Wundsekretion, daß nicht nur der Sand etwa 2 Liter durchnäßt war, sondern auch noch einige hundert Kubikzentimeter Gewebsflüssigkeit abtropften. Der Pat. war dabei stark erschöpft. In diesem Falle habe ich das Sandbad zeitweise ausgesetzt, doch läßt sich die zu starke Saugwirkung auch herabsetzen durch Anwendung gröberen Sandes.

Für die Saugbehandlung im sterilen Sandbade haben sich uns geeignet erwiesen größere Wundflächen mit stärkerer entzündlicher Infiltration, Wunden, die mit schlaffen oder hypertrophischen Granulationen bedeckt sind und keine Neigung zur Epithelialisierung zeigen, putrid infiziert sind, viel Wundsekret absondern, mit Ödemen einhergehen. — Ödem und Entzündung gehen schnell zurück, die Wunde wird flach, die Wundsekretion läßt bald nach, die Granulationen werden straff und frischrot, das Epithelwachstum schreitet voran. Dementsprechend verschwinden die Schmerzen, die Bewegungsfreiheit in den Gelenken wird gefördert.

Vorteilhaft hat sich uns daher die Behandlung im Sandbade gezeigt bei Verbrennungswunden, dem Ulcus cruris, Panaritien, Phlegmonen, nachdem kleine Inzisionen vorgenommen waren, bei accidentellen infizierten Wunden. — Auffallend ist der hemmende Einfluß auf die Infektion und die Rückbildung der durch sie gesetzten Veränderungen, die Beschleunigung der Demarkation nekrotischen Gewebes, Lokalisierung der Entzündung. — Besonders geeignet erscheint deshalb das Sandbad für die Behandlung der Gangrän und stark zertrümmerten Gewebes, dessen Infektion man weder durch die Friedrich'sche Anfrischung noch durch die Behandlung mit antiseptischen Mitteln, Jodoform, Perubalsam usw. verhindern kann.

Besonders zweckmäßig ist ferner das Sandbad bei der Nachbehandlung von Transplantationen.

Die üblichen Verbandmethoden führen nicht immer zu sicherem Anwachsen der transplantierten Hautstückchen. Es kommt oft genug vor, daß ein großer Teil der Hautstückchen verloren geht, und daß man zufrieden sein muß, wenn vereinzelte Hautstückchen angewachsen sind. Entzündung des Gewebes, Ansammlung von Blut, Serum, Schorfbildung sind weder bei dieser noch jener Verbandmethode sicher zu vermeiden und vereiteln die vollständige Anheilung. — Diese Nachteile lassen sich gut im sterilen Sandbade vermeiden, wenn man die transplantierten Hautstückchen durch einen feinen seidenen Schleier, der ringsum an der Haut mit Kollodium festgeklebt wird, auf der Wunde festhält und darauf dauernd oder zeitweise im Sandbade baden läßt. — Der engmaschige Schleier (Schmidt, Gießen) hält die Hautläppchen so unverrückbar auf der Wundfläche fest, daß selbst derbe Insulte sie nicht aus der Lage bringen. Will man das Bad, wie wir es tun, nachts aussetzen, so empfiehlt es sich, zur Nacht eine trockene Kompresse auf den Schleier zu legen, ohne aber den Sand, der locker an der Wunde haftet, abzuspülen. Die Kompresse läßt sich dann am nächsten Morgen leicht abnehmen.

II.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Basel.
Früherer Direktor: Prof. M. Wilms, jetzt Prof. F. de Quervain.

Erfolgreiche Drainage des Peritoneum.

Von

Dr. Hans Iselin,

I. Assistent.

Seit mehr als 2 Jahren haben wir an der chirurgischen Klinik von Prof. Wilms eitrige Entzündungen des Bauchfells mit sehr gutem Erfolg in einer Weise behandelt, die ich an dieser Stelle mitteilen will. Es ist kein einfaches Verfahren, sondern verschiedene Mittel und Wege werden gleichzeitig benutzt und begangen, um zu dem Ziele zu kommen, die Entzündungsstoffe möglichst ausgiebig nach außen zu leiten. Die Fähigkeit des Bauchfells, rasch seine Einheit durch Verklebung einzelner Teile zu unterbrechen, vereitelt, wie schon zur Genüge bekannt ist, eine richtige Drainage. Wirksam sind die Hilfsmittel der Drainage gewöhnlich nur bei Abszessen. Einen großen Fortschritt in dieser Richtung brachte die Kochsalzspülung der Bauchhöhle, so sehr auch ihr Wert umstritten worden ist; sie verhindert einigermaßen Verklebungen und leitet gut nach außen. Neu ist an unserem Verfahren, daß wir der gründlichen Kochsalzspülung, der, wenn immer möglich, die Entfernung der Eiterquelle vorausgeht, eine energische Wärmebehandlung des Bauches anschließen.

Gleich nach der Operation wird das Abdomen dauernd und kräftig erwärmt. Wir bedienen uns dazu eiserner Bettbögen, die außen mit drei heißen Bettflaschen behangen sind und so gute Wärmekammern bilden. Neuerdings bespannen wir den Bettbogen mit einem Stangerotherm (einem elektrischen Thermophor), dessen Zuleitung wir besser geregelt haben, als es bei diesem Apparat bisher möglich war.

Die Spülung und die Wärmebehandlung wirken zusammen, sie ergänzen sich, und zwar folgendermaßen:

Die Flüssigkeit, die von der Spülung zwischen den Gedärmen zurückgeblieben ist, wird zum Träger der Infektionsstoffe, indem durch die stark vermehrte oberflächliche Verdunstung und weiterhin in den Mèchen und Drains ein reger Sekretionsstrom nach außen hin entsteht. Tatsächlich durchtränkt auch die Kochsalzlösung in den ersten zweimal 24 Stunden mehrere große Holzwattekisten vollständig, und erst in 3—4 Tagen sickert Eiter nach. Nach diesen Beobachtungen haben wir das Verfahren gerichtet und können auf Grund der Erfahrung empfehlen: In den ersten 3 Tagen in irgendeiner Wärmekammer, die möglichst viel Flüssigkeit aufsaugen kann, das Abdomen zu erwärmen, und zwar andauernd, und dann am 4. Tage den elektrischen Thermophor direkt auf den Leib bzw. den Verband zu legen. Er ist so leicht, daß er den Abfluß des Eiters nicht hemmt wie andere Thermophore (Warmwasserbeutel und Thermophor aus Salzgemisch). Der Thermophor wärmt tiefer als die heiße Luft, da die Schweißverdunstung geringer und die isolierende Luftschicht viel dünner ist; er erzeugt vielleicht sogar Hyperämie in der Tiefe (erwiesen ist diese Hyperämie des Peritoneum nur für Kaninchen mit ihren dünnen Bauchdecken). Er ist wahrscheinlich auch imstande, bei starker Erwärmung die Transsudation zu vermehren; dank seiner großen

Oberfläche erwärmt er den ganzen Bauch gleichmäßig und scheint dadurch die Darmperistaltik anzuregen.

Darauf hin hat schon Gelinsky (Zentralblatt für Chirurgie 1908, Nr. 1) wohl als Erster aufmerksam gemacht und die einfache Heißluftbehandlung in den Bier'schen Kästen nach Bauchoperationen warm empfohlen; er hat die Operierten vom Tage der Operation ca. 1—2mal, selten häufiger, täglich einer trockenen Wärme ausgesetzt und stets danach reichlichen Abgang von Winden beobachtet. Danielsen hat an derselben Stelle im gleichen Jahre (Nr. 5, p. 121) vor einer Verallgemeinerung der Heißluftbehandlung im Sinne Gelinsky's gewarnt. Danielsen war zu dieser Überzeugung durch Tierversuche am Kaninchen gekommen. Er hatte bei neun Kaninchen, welche vorher mit Colikultur in die Bauchhöhle geimpft worden waren, den Bauch einem Heißluftbad von 100 Grad während etwa 1 Stunde ausgesetzt und bei dieser Behandlung alle Tiere verloren, während von den geimpften und ungeheizten Kontrolltieren vier am Leben blieben und drei später starben als die geheizten.

Danielsen war zwar selbst der Ansicht, daß es nicht möglich sei, aus diesen Resultaten weitgehende Schlüsse auf den Menschen zu ziehen; immerhin hat er selbst den Schluß gezogen, daß er vor der Behandlung Gelinsky's gewarnt hat. Wie wenig wir berechtigt sind, Erfahrungen am Tier auf den Menschen zu übertragen, zeigen Messungen, die ich mit Thermoelement an Tier und Menschen gemacht habe: während beim Kaninchen eine Heißluftbehandlung von 70—50° C mit einem Schlag die Temperatur im Bauch auf 46° steigerte, schwankte beim Hund die Temperatur zwischen 38 und 39° während des örtlichen halbstündigen Heißluftbades von 60—90°, und ließ sich beim Menschen z. B. in einer Magenfistel an der vorderen Magenwand kaum eine Erhöhung des Wärmegrades feststellen. Klapp hat diesen Unterschied auch erfahren. Er hat 1900 am Kaninchen die Änderung der Resorptionsgröße unter dem Einfluß des Heißluftbades bestimmt und große Werte bekommen, während er 2 Jahre später bei Versuchen an Hunden die Aufsaugefähigkeit des Bauchfells nur wenig steigern konnte. Wie falsch die Vorstellungen über die Tiefenwirkung der Wärmemittel sein können, beweist die Annahme Strempel's, daß beim Menschen im Körperinnern mindestens eine Temperatur von 50° entstehe, wenn die Körperoberfläche am Bauch während ca. $^3/_4$ Stunde einer Temperatur von 55° ausgesetzt werde. Strempel empfiehlt übrigens nach seiner Erfahrung, die sich über einen Monat erstreckte, im Juli 1910 (in der Zeitschrift für Chirurgie Bd. CV. p. 527) kurze Heißluftbäder als Nachbehandlung der Laparotomie.

Sehr gute Erfolge hat auch Zoege v. Manteuffel im russisch-japanischen Krieg bei nicht operierten Bauchschüssen mit Wärmebehandlung verzeichnet.

Das Verfahren beschränkt sich nicht nur auf Kochsalzspülung bei der Operation und nachträglicher Wärmebehandlung, Einläufe von Kochsalzwasser in den Mastdarm oder unter die Haut eventuell in eine Appendikostomie schon bald nach der Operation sollen ferner eine Ausscheidung der bereits aufgenommenen Giftstoffe durch die Nieren erleichtern, damit aber auch durch Sättigung des Körpers mit Flüssigkeit die Aufnahme des Kochsalzwassers aus der Bauchhöhle, das Gift führt, so weit als möglich einschränken. Auch diese Maßnahmen sollen, wenn auch mittelbar, auf das Ziel streben, die Entzündungsmassen durch die Drainöffnungen nach außen zu entfernen.

So stelle ich mir vor, daß die Wärmebehandlung und die Kochsalzspülung zusammen bei eitriger Bauchfellentzündung wirken. Eine Begründung dieser Auffassung habe ich in meinen Arbeiten, betitelt »Ergebnisse von thermoelektrischen

Messungen über die örtliche Beeinflussung der Hautwärme durch unsere Wärme- und Kältemittel und über die Tiefenwirkung dieser physikalischen Maßnahmen« und »Peritonitisbehandlung mit Kochsalzspülung und dauernder Erwärmung des Bauches« zu geben versucht. Diese erste Mitteilung wird in den Grenzgebieten für Medizin und Chirurgie erscheinen, die zweite in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie.

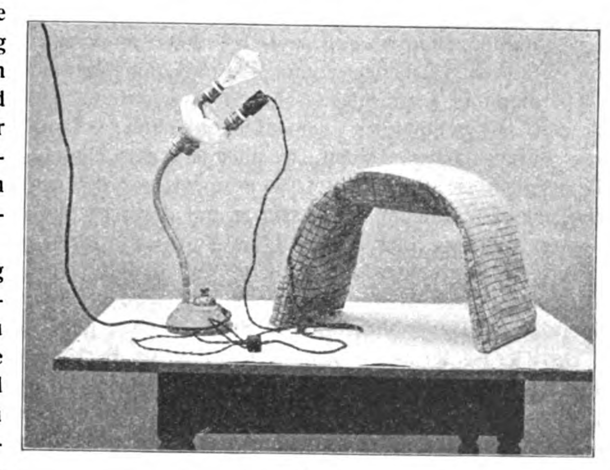


Fig. 1.
Elektrischer Wand-Stehleuchter mit Regelung des Thermophors.

Ich sehe davon ab, die guten Erfolge des Verfahrens statistisch wiederzugeben. Überzeugender als Zahlen dürfte eine eigene Probe durch den Leser selbst sein.

Zum Schluß noch einen praktischen Vorschlag zur Technik des Wärmens. Die sonst so vorzüglichen Stangerotherme haben den Nachteil, daß die Widerstandskästchen, die den Thermophor regeln sollen, nicht sehr handlich sind, und daß die zweite einfache Regelung mit der Zapfenschaltung nicht genügend ist.

Deshalb haben wir anfangs Bettflaschen benutzt. Dieses Verfahren ist etwas mühsam für das Personal, genügt aber, wenn elektrische Einrichtungen fehlen; oft allerdings konnten wir, namentlich in der Zeit der Blinddarmentzündungen nach Weihnachten und Neujahr, kaum genügend Bettflaschen auftreiben. — Mit Hilfe der technischen Sachverständigen des Bürgerspitals habe ich die Regelung des **Stangerotherms** zu verbessern gesucht. Der Vorschlag des Mechanikers Brüderlin scheint mir sehr gut. Die Vorrichtung, die Stromstärke und damit die Wärme im Thermophor zu regu-

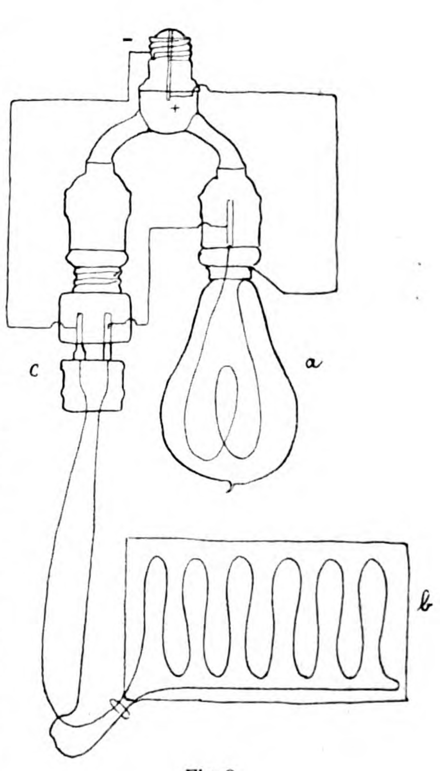


Fig. 2.

a. Regulierlampe.
b. Stangerotherm.
c. Stecker des Thermophors.

lieren, ist sehr einfach, sie braucht wie auf Fig. 1 zu sehen ist, nur das Gestell einer Tantaldoppellampe und zwei bis drei Lampen. Auf Fig. 2 habe ich den Stromverlauf eingezeichnet; rechts ist eine Lampe eingeschaltet, links der Stecker des Thermophors anzubringen. Es ist einleuchtend, daß die Stromstärke sich nach dem Querschnitt des Lampenfadens richtet, es kann also mehr oder weniger Strom durchgelassen werden, je nachdem man eine Lampe mit dünnem oder dickem Faden zwischenschaltet. So gibt, wie wir bei unserer Einrichtung erprobt haben, unser Wärmeapparat, wenn er mit Tüchern gut abgedichtet ist,
als erste Stufe mit einer Lampe für 220 Volt. = 50 Kerzen eine Wärme von 35—37°,
als zweite Stufe mit einer Lampe für 160 Volt. = 50 Kerzen eine Wärme von 45—48°,
als dritte Stufe mit einer Lampe für 30 Volt. = 32 Kerzen eine Wärme von 60° C,
während einer Dauer von über 12 Stunden ohne Schädigung des Thermophors.

Das Gerüst der Wärmezelle ist ein eiserner Bettbogen von ca. 48 cm Spannweite, 35 cm Höhe und 35 cm Länge. Der Stangerotherm, der außen aufgespannt ist, ist rechteckig und mißt 32 : 80 cm. Um den Thermophor zu schonen, haben wir Bettbögen und Thermophor mit Matratzenstoff überzogen. In der Regel dürfte sich die zweite Stufe empfehlen, zum Auflegen auf den Leib die erste Stufe.

III.

Aus der chirurg. Abteilung der kanton. Krankenanstalt zu Aarau.

Zur Behandlung der Varicen und des Ulcus cruris.

Von

Dr. Eugen Bircher,
Sekundärarzt.

Unserem Krankenhause fließt jährlich ein recht reichhaltiges Material von Fällen mit Ulcera cruris zur Behandlung zu. Darunter befinden sich zahlreiche Stammgäste, die ihr torpides Ulcus bequem tragen, und auf Kosten des Staates einen großen Teil des Jahres auf der Klinik fristen, um im Rest dafür zu sorgen, daß das mühselig geheilte Ulcus bald wieder zum Ausbruch kommt.

Der Vorschlag, den Rindfleisch durch Pendel vor 2 Jahren machte, diese Varicen, und das mit diesen zusammenhängende Ulcus cruris operativ durch einen über das ganze Bein verlaufenden Spiralschnitt anzugehen, ist von uns freudig begrüßt und in einigen dreißig Malen ausgeführt worden. Wir haben uns dabei von der guten Wirkung der Operation überzeugen können. In 15—20 Fällen von varikösen Unterschenkelgeschwüren wurde die Operation mit einem unzweifelhaft sehr guten Erfolge ausgeführt. Der Spiralschnitt wurde nach den Angaben von Rindfleisch in Abständen von 6—10 cm mehrmals um den ganzen Unterschenkel gelegt, wobei das Ulcus von dem Schnitte regelmäßig getroffen wurde. Die torpiden Granulationen wurden weggekratzt. In der Folge schossen in kurzer Zeit aus dem Ulcus etwas rosagefärbte, lebensfrische Granulationen, deren Epithelisierung mit der Ausheilung des Rindfleisch'schen Spiralschnittes zeitlich gleichmäßig verlief. Wir möchten darauf hinweisen, daß es unbedingt nötig ist, die gesetzte Operationswunde per secundam intentionem ausgranulieren zu lassen, wenn man ein günstiges Resultat erzielen will. Wir haben in einigen Fällen versucht, um den Heilungsprozeß zu beschleunigen, an dem Spiralschnitt

eine primäre Naht anzulegen, haben aber damit die denkbar ungünstigsten Erfahrungen gemacht. Es konnte wohl eine per primam Heilung erzielt werden, aber die Heilungstendenz der Ulcera blieb dann ebenfalls völlig unbeeinflußt. Sie zeigten weder Neigung sich zu schließen, noch Neigung zur Überhäutung. Die emporschießenden Granulationen waren ebenso torpide und sahen so belegt aus, wie die bei der Operation weggekratzten. Haben wir mit diesen drei Fällen auch nur ein negatives Resultat erzielt, so besitzen sie so viel Wert, daß sie zeigen, daß die günstige Beeinflussung der Ulcera durch den Spiralschnitt nach Rindfleisch unbedingt vorhanden ist, und daß der Erfolg nur eintreten kann, wenn die Schnittnarbe bis auf die Muskelfascie reicht und auf diese Weise sämtliche Venenlumina zur Verödung gebracht werden.

Wir haben die Rindfleisch-Operation bei nicht auf variköser Grundlage beruhenden Ulcera cruris zur Wirkung zu bringen gesucht, weil gerade dort häufig unser therapeutischer Arzneischatz im Stiche läßt. Im Anfange gab uns die Anwendung des Spiralschnittes recht deutliche Resultate, die Ulcera konnten etwas rascher zur Heilung gebracht werden, der Grund erhielt unzweifelhaft ein besseres Aussehen, die Epidermisierung vollzog sich relativ rasch, aber von dauerndem Bestande war die Heilung nicht. Häufig trotzten kleine Hautdefekte der Heilung. Kamen die Pat. wieder in ihre ungünstigen früheren Verhältnisse zurück, so trat fast regelmäßig die alte Misere ein. Für diese Fälle der Ulcera cruris ist die Rindfleisch'sche Methode nicht zu empfehlen, da ihr auch die theoretischen Vorbedingungen fehlen.

Die besten Resultate in überraschender Weise gab uns die Anwendung des Spiralschnittes in der heute wieder mehr im Vordergrunde des Interesses stehenden Behandlung der Varicen der unteren Extremitäten. Wir haben früher häufig die Unterbindung der Saphena oder die Exzision der varikösen Plexus auf größere Strecken angewendet. Wir haben aber niemals ein ideales oder doch sehr gutes Resultat erzielen können. Von Rindfleisch war in seiner ersten Publikation der Spiralschnitt auch für die Behandlung unkomplizierter Varicen empfohlen worden.

Wir haben das Verfahren bis jetzt in acht Fällen angewandt, und wir können nur sagen, daß in allen acht Fällen das Resultat ein ganz ausgezeichnetes war. Die vor der Operation geäußerten Beschwerden schwanden vollkommen, das Laufen und Stehen war unbehindert, von einem varikösen Plexus war nichts mehr zu sehen. Durch den Spiralschnitt werden die erweiterten Venen an so zahlreichen Stellen zur Unterbindung und in den Zwischenpartien unzweifelhaft zur Verödung gebracht, daß ein Rezidiv kaum mehr möglich wäre. Wir besitzen derartige über ein Jahr geheilte Fälle, die ihren schweren Beruf als Landwirte ohne jede Störung auszuüben imstande sind.

Technisch möchten wir bemerken, daß wir die Spiralen bis weit an den Oberschenkel hinauf verlaufen ließen, wobei allerdings die Gegend des Kniegelenkes aus leicht begreiflichen Gründen verschont werden muß.

Wir glauben uns berechtigt, unsere Erfahrungen mit der Rindfleisch'schen Methode bekannt zu geben, da ihre Anwendung nach den vorliegenden Berichten bis jetzt eine sehr beschränkte ist (Kayser berichtet aus der Kümmell'schen Abteilung). Sie verdient aber mehr in Anwendung gezogen zu werden.

1) Breslauer chirurgische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Februar 1911 im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder.

Vorsitzender: Herr Partsch.

Tagesordnung:

1) Herr Partsch stellt vor: a. Einen Fall von prävesikaler Hernie bei einem 64 Jahre alten Manne, der unter Ileuserscheinungen erkrankte. Bei der Laparotomie fand sich links neben der Mittellinie eine mit einem 40 cm langen Dünndarmkonvolut gefüllte Bauchfelltasche, in deren Grunde die durch den eingeführten Katheter vorgedrängte Blasenwand zu fühlen war. Nach Beseitigung der Darmeinklemmung wurde die Tasche durch Vernähen mit der Bauchwand geschlossen. Heilung. Es bestand gleichzeitig ein linkseitiger Leistenbruch und bei der äußeren Untersuchung deutliche Dämpfung in der Mitte zwischen Nabel und Darmbeinstachel.

b. Einen Fall einer traumatischen Pankreascyste bei einem 46 Jahre alten Kutscher, der durch Pufferquetschung eine Kontusion der Magengegend mit nachfolgendem Shock und blutigem Erbrechen erlitten hatte. Die Geschwulst bildete sich sehr bald nach der Verletzung aus und rief so lebhafte Beschwerden hervor, daß sich Pat. entschloß, schon am Ende des ersten Vierteljahres nach der Verletzung sich operieren zu lassen. Typische Cyste mit entsprechender Lagerung. Inhalt alkalisch, bräunlich gefärbt, stark diastatisch und thryptisch wirkend. Leuzinhaltig. Einnähung der Cyste, Heilung in 8 Wochen.

In der Diskussion sprechen die Herren Goebel, Tietze und Partsch.

c. Verschiedene Kiefertumoren.

a. Fall eines vor 12 Jahren operierten Karzinoms des Alveolarfortsatzes des rechten Oberkiefers mit bereits ergriffenen Drüsen. Operation mit vollständigem Schluß der Kieferhöhle durch Schleimhautbedeckung. Pat. ist rezidivfrei geblieben, trotzdem er bei der Operation erst 30 Jahre alt war.

b. Ein nach zwei vorausgegangenen Operationen rezidivierendes Spindelzellensarkom des linken Oberkiefers einer 32jährigen Frau. Fortnahme der ganzen Gaumenplatte. Deckung des Defektes mit einem aus der Wange genommenen Schleimhautlappen. Primäre Heilung mit sehr gutem kosmetischem Resultat.

c. Riesenzellensarkom eines 6jährigen Knaben vor dem rechten unteren Mahlzahn. Freilegung der Kronen der noch im Kiefer befindlichen Bicuspidaten. Trotzdem Überwachsung durch die übergelegte Schleimhaut.

d. 3 cm im Durchmesser haltende Oberkiefercyste, ausgehend vom rechten Schneidezahn. In toto exstirpiert. Vollständige Heilung nach Überlagerung mit Schleimhaut in 8 Tagen.

2) Herr Gottschlich: a. Hernia epigastrica incompleta.

Diese Fälle sind wichtig, weil sie oft übersehen werden. Pat. 1$^{3}/_{4}$ Jahre wegen Verdacht auf Erkrankung des Magens oder des Zwölffingerdarms ohne Erfolg behandelt. Mit der Operation der epigastrischen Hernie schwanden die Schmerzen und sind nicht wieder gekommen.

b. Zwei Blasensteine, die sich um Fremdkörper gebildet hatten, im ersten Falle eine Stopfnadel, die ein 17jähriger Knabe vor 4 Jahren sich in die Harnröhre eingeführt hatte, im zweiten Falle ein langer Nagel, der durch Abrutschen an einem Heuschober direkt in den After eingedrungen, die vordere Mastdarmwand durchbohrt hatte und in das Innere der Blase frei hineinragte. Beide Fälle wurden durch Operation geheilt.

Diskussion: Herr Goebel und Partsch.

c. Schwere Verletzung beider Unterschenkel, welche rechts eine gangränöse Abstoßung der Haut in großer Ausdehnung zur Folge hatte und durch Überpflanzung geheilt wurde. Links bestand Bruch beider Unterschenkelknochen mit Zerquetschung der Haut und der Muskulatur an der Vorderfläche. Versuch einer konservativen Behandlung war von Erfolg. Funktionelles Resultat gut.

Diskussion: Herr Dreyer und Gottschlich.

3) Herr Eckhardt: Drei Fälle von Ohroperation nach Schädelverletzungen.

4) Herr Gretschel stellt a. einen Fall von Strangulationsileus durch ein 5 cm langes Meckel'sches Divertikel vor, der durch Laparotomie (Abtragung des Divertikels) geheilt wurde.

b. Einen Fall, wo im Verlaufe eines Typhus abdominalis ohne sichere Zeichen einer Arthritis eine Spontanluxation des rechten Hüftgelenks eintrat, die sich durch Reposition in Narkose und Gipsverband nicht vollkommen ausgleichen ließ.

c. Einen Fall von Aktinomykose des Nackens mit sekundärer Nekrose am Hinterhaupt und anscheinend Mitbeteiligung der Halswirbelsäule; es sind bei völliger Schmerzlosigkeit der Bewegungen des Kopfes nur noch zwei kleine Fisteln an der rechten Seite des Nackens zurückgeblieben. Die Eingangspforte der Infektion hat nicht mit Sicherheit festgestellt werden können.

---

2) **N. N. Petrow. Die allgemeine Lehre von den Geschwülsten (Pathologie und Klinik).** 373 S., mit Abbildungen im Text u. 6 Taf. St. Petersburg 1910. (Russisch.)

Verf. hat es sich zur Aufgabe gestellt, die Lehre von den allgemeinen Eigenschaften der Geschwülste und gleichzeitig die allgemeinen Methoden ihrer Diagnose und Therapie gedrängt, aber möglichst vollständig und dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft entsprechend darzustellen. Nach dem klassischen Werk von Lücke-Zahn ist kein ähnliches, die Frage von allen Seiten betrachtendes erschienen; die Bücher von Borst und Ribbert beschäftigen sich nur mit der Pathologie; andere Autoren beschränken sich auf die bösartigen Geschwülste.

Dem klinischen Teil ist fast ein Viertel des Buches gewidmet. Die Therapie allseitig berücksichtigt. Am Schluß jedes Kapitels wird die wichtigste Literatur aufgezählt; selbstverständlich sind die Arbeiten russischer Forscher gehörig berücksichtigt. In vielen Streitfragen spricht P. seine individuelle Anschauung aus; da er die Lehre von den Geschwülsten seit Jahren zum Thema seiner klinischen Vorlesungen und seiner wissenschaftlichen Arbeiten gemacht hat, so kann er manche Frage der Onkologie auf Grund eigener Erfahrung und eigener Forschung kritisch beleuchten.

Ein großer Teil der makro- und mikroskopischen Figuren auf den Tafeln sind den Arbeiten des Verf.s über experimentelle Geschwülste an Tieren (Mäuse, Meerschweinchen — embryonale Verimpfungen, Kaninchen — Scharlachrotinjektion) entnommen. Gückel (Kirssanow).

---

3) **E. E. Goldmann. Studien zur Biologie der bösartigen Neubildungen.** Tübingen, Laupp'sche Buchhandlung, 1911.

Die vorliegende umfangreiche Monographie G.'s bildet eine auf breiteste Basis gestellte Fortsetzung früherer Geschwulststudien.

Im ersten Teil behandelt Verf. das Problem der Ausbreitung bösartiger Geschwülste. Er hatte schon früher als wesentlichstes Moment für das differente Verhalten von Arterien und Venen im Gebiete bösartiger Neubildungen die verschiedene Verästelung der Vasa vasorum angesprochen, eine Anschauung, die durch neue ausgedehnte Injektionsversuche erhärtet werden konnte. Nur im embryonalen Leben ist ein greifbarer Unterschied in der Verteilung der Vasa nutritia zwischen Arterien und Venen nicht nachweisbar, später tritt bis zur Beendigung der Wachstumsperiode die prinzipielle Differenz ein, daß die Vasa nutritia der Arterien nur die Adventitia und oberflächliche Mediaschicht durchsetzen, bei den Venen aber bis in die Intima vordringen. Bei Altersschädigungen, sowie unter sonstigen pathologischen Störungen tritt eine regellose Wucherung auf, die zur Bildung kavernöser Räume führen kann. Interessanterweise verhalten sich in dieser Hinsicht die Lymphgefäße wie die Arterien. G. leitet aus diesen Verhältnissen die höhere Empfänglichkeit der Venen für das Einwachsen von Geschwulstzellen ab und weist, da er analoge Befunde auch bei Mäusen angetroffen hat, auf die bekannte Tatsache hin, daß die Geschwulstmetastasen bei diesen Tieren fast ausschließlich auf hämatogenem Wege zustande kommen. Nach einer eingehenden überzeugenden Widerlegung der von Handley aufgestellten, als Lymphatic permeation bezeichneten Theorie von der kontinuierlichen Ausbreitung des Karzinoms entlang den feinen Lymphgefäßästen betont G., daß für die Ausbreitung bösartiger Neubildungen ein Kanalsystem des Körpers nicht verantwortlich gemacht werden könne; vielmehr hängt der Ausbreitungsmodus in jedem Falle von individuellen Verschiedenheiten der Geschwulstzellen ab, derart, daß sehr häufig ein System mit Ausschluß des anderen bevorzugt wird. Als Bestätigung dieser mit Ehrlich's athreptischen Vorstellungen sich berührenden Anschauungen führt G. kurz die verschiedenartige Verbreitung der Bakterien der Hühner- und Rindertuberkulose bei Mäusen an.

Im Gegensatz zu Schmidt's Annahme, daß in der Mehrzahl der Fälle Karzinomzellen erst auf dem Umwege des Ductus thoracicus in die Blutbahn gelangen, hält G. noch an einem direkten Einbruch in das Venensystem fest, bemerkt aber, daß auch durch direkte Verbindungen von Lymph- und Blutgefäßen ein schneller Übertritt in letztere erfolgen kann. — Verf. bespricht ferner die weitere Ausbreitungsmöglichkeit durch offene Gangsysteme (Milchgänge, Bronchus). Für die Ausbreitung im Nervensystem wird die schon von Axel Key und Retzius betonte Tatsache hervorgehoben, daß der hier bestehende Lymphgefäßapparat nur mit den serösen Räumen der Zentralorgane, nicht aber mit dem Lymphgefäßsystem des Körpers anastomosiert, so daß G., im Gegensatz zu Ernst, auf die Bedeutung der Blutgefäße für die Verschleppung der Karzinomzellen in die Nervenstämme den größten Nachdruck legt.

Zu überaus wichtigen und interessanten Ergebnissen führten die eingehenden Untersuchungen der Gefäßversorgung der Geschwülste. Schon durch die nach Wismut-Ölinjektionen bei Magen- und Leberkarzinomen des Menschen hergestellten Röntgenogramme konnte in den Geschwulstknoten ein enormer Reichtum und ein im Gegensatz zu der mehr regelmäßigen Anordnung in normalen Organpartien unentwirrbares Chaos neugebildeter Gefäße nachgewiesen werden. Geradezu erstaunliche Einblicke in die hier obwaltenden Verhältnisse gestattete

jedoch die von G. ausführlich beschriebene intrakardiale Injektionsmethode mit Pelikantinte bei Mäusen und Ratten. Durchweg ergab sich, daß nicht nur die schon makroskopisch hämorrhagischen Geschwülste, sondern auch die scheinbar gefäßarmen Sarkome und Impfkarzinome einen hochgradigen Gefäßreichtum besitzen. Auch hier handelt es sich im wesentlichen nicht um baumartig verzweigte größere Gefäße, sondern um dichte Plexusbildungen, die bei den Karzinomen stets eine interalveoläre Lage haben. Prinzipiell wichtig und besonders an intraperitonealen Impfknoten nachweisbar ist die Tatsache, daß die für die Ratten- und Mäusegeschwülste so charakteristischen umfangreichen Nekrosen keineswegs auf mangelhafter Vaskularisation beruhen, sondern trotz reichster Gefäßversorgung zustande kommen und vermutlich in genetische Beziehungen zu der vitalen Energie der Zelle zu bringen sind. Nicht die Nekrose ist eine Folge der Gefäßarmut, sondern die Rückbildung der Gefäße ist die Folge eingetretener Nekrose. Spricht sich schon in diesem Gefäßreichtum ein von den Geschwulstzellen ausgehender angioplastischer Reiz aus, so kann daneben auch in überraschender Weise, wie die vollendet schönen Abbildungen zeigen, eine Fernwirkung auf die Kapillaren nachgewiesen werden, da die der Geschwulst zugewendeten Muskel- und Drüsenteile von einem Wall von Gefäßschlingen eingefaßt werden, der gegen die relativ spärliche Gefäßversorgung der übrigen Organteile lebhaft kontrastiert und von G. nicht unpassend mit den Kräuselungen der an einer Brandung zerschellenden Welle verglichen wird. Von höchstem biologischen Interesse ist der, durch subtilste Injektionen von Impfknoten an der Oberfläche des Darmes gelungene Nachweis, daß sich Lymphgefäße an dem Aufbau der Neubildung nicht beteiligen, und daß auch jede Lymphgefäßreaktion in der Umgebung ausbleibt.

Ein Vergleich der von G. aufgedeckten Gefäßversorgung der Geschwülste mit der von Evans beschriebenen Gefäßentwicklung der frühen embryonalen Stadien zeigt weitgehende Analogien. Das Ausbleiben einer höheren Differenzierung der neuentstandenen Blutgefäße zu Arterien und Venen entspricht der Homogenität der die bösartige Geschwulst zusammensetzenden gleichwertigen Zellverbände.

In den beiden Schlußkapiteln nimmt G. zu den namentlich im Bashford-schen Laboratorium vertretenen Anschauungen von dem Wesen der aktiv erworbenen Geschwulstimmunität Stellung. Nach Russell ist dieselbe auf die beim immunen Tier ausbleibende Stromareaktion zurückzuführen. Hiergegen wendet G. zunächst ein, daß die von R. angewandte Methodik gar kein Urteil über den Grad der Gefäßreaktion gestattet. Vor allem gelang ihm aber durch Gefäßinjektion der Nachweis, daß bei der anfänglichen Entwicklung von Geschwülsten auf immunisierten Tieren sowie bei regressiven Geschwülsten eine Abnahme der Gefäßreaktion keineswegs zu konstatieren ist.

Auch die von Da Fano vertretene Anschauung, nach der durch irgendeine immunisierende Impfung eine in ihrem Wesen unbekannte spezifische Beeinflussung der Lymphocyten und Plasmazellen stattfindet, die nunmehr die Immunität auf den gesamten Körper des Wirtstieres übertragen, findet eine überzeugende Widerlegung. G. konnte zwar die objektiven Beobachtungen Da Fano's bestätigen, zugleich aber nachweisen, daß die von letzterem als Ausdruck einer Immunitätsreaktion angesprochene Ansammlung von Plasmazellen bei intraperitonealer Geschwulstimpfung stets, besonders um Chondromknoten beobachtet wird, und daß in diesen Fällen auch in Leber und Milz eine starke Anhäufung von Plasmazellen zu konstatieren ist. Über die zelluläre Analyse der Geschwulstimmunität stellt Verf. übrigens eingehende Untersuchungen in Aussicht.

G. betont mehrfach, daß es ihm mehr darauf ankam, positive Tatsachen zu ermitteln, als weitgehende spekulative Schlüsse zu ziehen. Man wird diesen Standpunkt besonders schätzen müssen bei einer Arbeit, die eine solche Fülle exakt gewonnenen Materials bietet. Apolant (Frankfurt a. M.).

---

4) **Ernst Heinrich (Görlitz). Beitrag zur Frage des traumatischen Sarkoms.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

In unmittelbarem Anschluß an eine Kontusion des Unterschenkels entstand bei einem 41jährigen Arbeiter an der Verletzungsstelle eine Geschwulst, die zunächst nur langsam wuchs, so daß Pat. damit noch 5 Monate arbeiten konnte. Später wurde sie größer und durchbrach das Gebiet der Gastrocnemiusmuskulatur. Sie wurde zunächst unter der Fehldiagnose — Hämatom — opereriert. Durch mikroskopische Untersuchung wurde indessen ein in Zerfall geratenes Rundzellensarkom festgestellt. Die später vorgenommene Oberschenkelamputation konnte den Verletzten vor einem Rezidiv nicht schützen, und Pat. erlag den Sarkommetastasen etwa $1^3/_4$ Jahre nach der Verletzung.

Deutschländer (Hamburg).

---

5) **Amato. Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf in Karyokinese begriffene Zellen.** (Zeitschrift für Röntgenkunde u. Radiumforschung Bd. XIII. Hft. 1.)

Verf. gibt zunächst eine geschichtliche kurze Übersicht über die Lehre von der Kernteilung und Versuche, sie zu beeinflussen. Er selbst hat die Röntgenstrahlen auf Froschhoden einwirken lassen. Sowohl die ruhende wie die in karyokinetischer Teilung begriffene Zelle wird durch die Bestrahlung geschädigt. Bei ersterer sieht man hauptsächlich Vakuolenbildung, bei der sich teilenden Zelle außer dieser schwere Veränderungen der achromatischen wie der chromatinhaltigen Substanz. Bei der Wichtigkeit, welche diese Teile für das Leben der Zelle haben, ist der Schaden ganz außerordentlich und macht die schweren Veränderungen begreiflich, welche länger bestrahlte Gewebe erleiden. Einigemal fand Verf. auch Mehrfachteilung der Zelle durch den Reiz der Bestrahlung, so daß Bilder hervorgerufen wurden, die solche von Zellen aus bösartigen Geschwülsten glichen.

Trapp (Riesenburg).

---

6) **Ernst Venus. Die palliative und nicht operative Therapie des Karzinoms.** (Zentralblatt f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chirurgie Bd. XIII. 1910.)

Ein wertvolles und eingehendes Referat über die modernen Bestrebungen dieser Zweige der Karzinomtherapie auf Grund ausgedehnter Literaturstudien! — Das angeschlossene Literaturverzeichnis umfaßt 1326 einzelne Nummern! — Der Stoff hat folgende Gruppierung erfahren:

Medikamentöse Therapie; diätetische und Organotherapie; Fermentbehandlung.

Bakterio- und Serotherapie; Anästhesie und Saugtherapie.

Radio- und Elektrotherapie; Palliativoperationen (Röntgentherapie, Radiumtherapie, Lichtbehandlung, Elektrotherapie, Fulguration).

Das kritische und übersichtlich geordnete Referat ist ein ausgezeichneter Wegweiser durch die zahlreichen Einzelbearbeitungen und Beiträge zu den verschiedenen Kapiteln dieses Gebietes. Max Brandes (Kiel).

---

7) **F. Imbach (Zug). Fulguration.** (Schweiz. Rundschau für Medizin 1910. Nr. 51.)

Verf. berichtet über 32 nach Keating-Hart behandelte Pat.: 13 Karzinome, 5 Sarkome, 7 Knochentuberkulose, 3 Lupus fasciei, 2 Ulcera cruris, je 1 Angiom und Hämorrhoiden. Davon sind 19 geheilt, 3 gebessert, 2 noch in Behandlung, 8 erfolglos behandelt. Vor der Fulguration wurde stets möglichst gründlich operiert; dann wurde ziemlich lange beblitzt (10—40 Minuten). Interessant ist besonders folgende Beobachtung: 55jährige Pat. mit Carcinoma faciei, von erfahrenen Chirurgen schon zweimal operiert; das bald einsetzende Rezidiv resultatlos geröntgt; neue Operation der faustgroßen, zerfallenden Geschwulst von Chirurgen abgelehnt. I. machte nun eine keineswegs gründliche Entfernung der karzinomatösen Massen, sodann 30 Minuten Fulguration, 4 Monate später nochmals 25 Minuten. Rasche Wundheilung; die Frau ist arbeitsfähig und seit 17 Monaten geheilt. (Photographie vor der Operation und später.)

Eine ungünstige Beeinflussung sah I. nie. — Er glaubt, bei der Fulguration sollte man die Wärmewirkung so wenig wie möglich ausschalten. Dann leistet sie bei gewissen Formen von Krebs und Tuberkulose mehr als die anderen bisher bekannten Heilmethoden. — Die Krankengeschichten sind beigegeben.

Alb. Wettstein (Winterthur).

---

8) **A. S. Mysslowskaja. Zur Kasuistik der traumatischen serösen Meningitis.** (Arbeiten der propädeutisch-chirurg. Klinik von Prof. W. A. Oppel. Bd. II. 1910. [Russisch.])

Ein Soldat erhält beim Zurückrollen eines abgefeuerten Geschützes durch dessen Schloß einen Schlag gegen die Stirn rechts. Bewußtlosigkeit, dann konnte er selbst zum Arzt gehen. Während der nächsten 4 Wochen entwickelten sich nach und nach Symptome von Hirndruck: Kopfschmerz, Schwindel, Verengerung des Gesichtsfeldes, Schmerzen im Nacken, beschleunigtes Atmen, Verlangsamung des Pulses. Trepanation des Stirnbeins; fast keine Pulsation des Gehirns; bei Untersuchung der Basis mit dem Finger entleeren sich plötzlich 30,0 Zerebrospinalflüßigkeit, sofort Pulsation. — Im Nachverlauf Vereiterung von Blutgerinnseln unter dem Knochenlappen; Entfernung der Gerinnsel. Die Wunde schloß sich 2 Monate nach der Operation; die Schmerzen waren sofort geschwunden. — Ein zweiter Fall von W. A. Oppel ist im Russischen chirurg. Archiv 1910 veröffentlicht.

Gückel (Kirssanow).

---

9) **Muck. Beitrag zur Kenntnis der otogenen Meningitis serosa.** (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXII. p. 221.)

Vier Fälle von Meningitis serosa, die als gemeinsame Symptome starke Spannung und Pulslosigkeit der freigelegten, im übrigen normalen Dura, sowie Stauungspapille zeigten. In den beiden ersten Fällen wurde der unter hohem Druck stehende Liquor durch Durainzision, in den beiden anderen durch Lumbalpunktion entleert; er erwies sich in den drei daraufhin geprüften Fällen als steril. Drei Kranke wurden geheilt, der vierte, ein 11 Jahre altes Kind, starb an Scharlachsepsis. Die otogene Natur der Meningitis serosa ist nur in einem der vier referierten Fälle außer Zweifel.

Reinking (Hamburg).

---

10) **Rische. Ein erfolgreich operierter Hirnabszeß nach Stirnhöhlenerkrankung.** (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 231.)

19jähriger Knecht erkrankte August 1910 mit Schmerzen in der Stirn, Schwellung über dem linken Auge. In der Augenklinik Spaltung eines Abszesses unterhalb der linken Augenbraue. Nach kurzer Ruhe treten wieder Schmerzen und Erbrechen ein. Am 7. September Befund der Rostocker Ohrenklinik: Kräftiger, auffallend blasser Mann, der bei der neurologischen Untersuchung, abgesehen von leichter Störung des Sensoriums, nichts Besonderes zeigt. Puls 60 p. M., Temperatur 37. Über dem linken Auge findet sich ein subperiostaler Abszeß, der bis zur Haargrenze reicht. In der Nase kein Eiter, nur ist das vordere Ende der linken mittleren Muschel stark verdickt. Nachts Temperaturanstieg auf 39°. Bei der Operation (Prof. Körner) wird die Vorderwand der Stirnhöhle, die kariös durchbrochen ist, abgetragen. In dem Sinus finden sich Granulationen. Die Hinterwand zeigt eine stecknadelkopfgroße Perforation. Der Knochen wird hier in Zehnpfennigstückgröße abgetragen, die mit Granulationen bedeckte Dura freigelegt. Eine Punktion des Hirns vermittels der Pravazspritze ergibt in 2 cm Tiefe Eiter. Der Abszeß wird nun entleert und durch ein Gummirohr drainiert. In der Folge kommt es noch zweimal zu leichter Eiterverhaltung mit entsprechender Verschlechterung des Befindens. Ende Oktober wird Pat. entlassen.

R. vermutet, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um ein rhinogenes Stirnhöhlenempyem gehandelt hat, sondern um eine Osteomyelitis der Stirnhöhlenwände mit sekundärer Beteiligung der die Höhle auskleidenden Schleimhaut.

Reinking (Hamburg).

---

11) **Hamburger. Report of a case of brain tumor with impaction in foramen magnum following lumbar punction.** (Surgery, gynecology and obstetrics XI. 6.)

Bei der 48jährigen Kranken bestanden zunächst Magenbeschwerden, nach deren Beseitigung plötzlich schwere Kopfschmerzen migräneartiger Natur auftraten mit erhöhten Sehnenreflexen und Stauungspapille. Die vorgenommene Lumbalpunktion ergab klare Flüssigkeit ohne Druckerhöhung. Mehrere Stunden später Verschlechterung des Zustandes, Tod 37 Stunden nach der Lumbalpunktion unter Erscheinungen der Atmungslähmung. — Bei der Sektion fand man ein Endotheliom am Grunde des Gehirns. Das Kleinhirn und das verlängerte Mark waren in das Hinterhauptsloch eingepreßt, so daß auf dem Kleinhirn deutliche Druckmarken sich abzeichneten.

H. hält es für wahrscheinlich, daß das Gewebe durch den Druck der Geschwulst schon erweicht war und deshalb leichter bei Nachlassen des Druckes nach der Punktion ins For. magnum hineingezogen wurde. Trapp (Riesenburg).

---

12) **H. Braun. Über die Anwendung der Suprareninanämie bei Operationen am Schädel und der Wirbelsäule.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 561.)

B. erinnert an die von ihm bereits in seinem Handbuch der Lokalanästhesie hervorgehobene vortreffliche blutstillende oder Blutung vermeidende Wirkung der von ihm angegebenen Novokain-Adrenalinlösungen bei Trepanationen, die,

trotzdem sie jeder anderen Blutungsprophylaxe überlegen sind, noch nicht die genügende Beachtung der Praktiker gefunden haben. Die Um- und Unterspritzung des Operationsfeldes mit der $^{1}/_{2}$%igen Novokain-Adrenalinlösung, hergestellt durch Lösung der B.'schen Tabletten A in je 25 ccm Kochsalzlösung unter Zusatz von 2—3 Tropfen offizineller verdünnter Salzsäure, verschafft eine völlig ausreichende Anämie der bei den Operationen jeweilig zu durchschneidenden Weichteildecken des Schädels und genügt auch für die Schädelaufklappung bei Operation am Kleinhirn. Zwei Figuren erläutern, wo die Einstichpunkte bzw. Quaddelherstellungen für die Injektionen bei Kraniotomie in der Schläfe und am Hinterhaupt zu machen sind. Auch für die Laminektomie bei Spondylitis leistet das Verfahren die Blutsparung in bester Weise, und wird auch hier für dieTechnik der Injektionen unter Beigabe einer Anleitung gebenden Abbildung besprochen.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

13) **Eugen Bircher (Aarau). Zur operativen Behandlung der Epilepsie.** (Schweiz. Rundschau für Medizin 1911. Nr. 6.)

B. berichtet über die Erfolge der Krankenanstalt Aarau bei 14 Fällen von Epilepsie (5 reiner Typus Jackson, 3 genuine Form, 6 rein traumatisch); er zählt 4 Heilungen, 1 Besserung, 4 ohne Erfolg, 3 noch nicht abgeschlossen, 2 Todesfälle. Von besonderem Interesse ist folgender Fall: 23jähriger Mann, hatte mit 7 Jahren einen Sturz durchgemacht, mit 15 Jahren Auftreten der Epilepsie, mit jetzt fast täglichen Anfällen, zeigt objektiv eine kleine Delle über dem linken Ohr. 1. August 1905 Trepanation: Entfernung einer Leiste der Intima. Kein Anfall bis 12. Januar 1906; dann wieder sehr häufig. 17. April 1906 Wiedereröffnung der Trepanationsstelle und Vergrößerung des Defektes auf Handtellergröße, ohne Verletzung der Dura. Bis Juni beschwerdefrei, dann wieder leichtere Anfälle mit Veränderung der Psyche. 16. Juni 1906 dritte Operation: Eröffnung der Dura und Massage des freiliegenden Gehirns während 5 Minuten. Anfänglich noch leichte Schmerzattacken, seit Neujahr 1907 aber körperlich und geistig ganz gesund. Dabei ist der Mann seit $1^{1}/_{2}$ Jahren verheiratet und erhielt einmal einen Schlag mit einer Eisenstange auf die knochenlose Schädelpartie. — B. tritt warm für die an dieser Stelle (1910, Nr. 1) beschriebene Massage des Gehirns ein, die langsam, doch schonender dasselbe erreichen soll, wie die Horsley-Krause'sche Rindenexzision.

A. Wettstein (Winterthur).

---

14) **Alfred Exner. Über Hypophysentransplantationen und die Wirkung dieser experimentellen Hypersekretion.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 172.)

Die aus der Hochenegg'schen Klinik in Wien hervorgegangene Arbeit berichtet über Tierversuche an Ratten. E. ging so vor, daß er den Versuchstieren auf lumbalem Wege den Retroperitonealraum eröffnete und 7—10 Hypophysen gleichartiger, gleichgeschlechtlicher Tiere implantierte. Von Tieren gleichen Wurfes wurden die leichteren Männchen und Weibchen zum Versuche gewählt, die schwereren Exemplare dienten zur Kontrolle. Zur Einpflanzung zeigten sich besserer Wirksamkeit wegen Hypophysen älterer Tiere besser geeignet als solche jüngerer, kleiner. Die Versuchstiere zeigten bei gleicher Fütterung und Wartung wie die Kontrolltiere im Vergleich zu diesen abnorm gesteigertes Wachstum und vermehrten Fettansatz. Wenigstens für die Zeit dieser Erscheinungen scheint man eine Sekretion der implantierten Hypophysen mit entsprechender Funktions-

betätigung annehmen zu dürfen. Bei Sektion der Tiere späterhin zeigte sich, wie zu erwarten, daß die implantierten Symphysen resorbiert waren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

15) Schmiegelow. Beitrag zur operativen Behandlung der Hypophysenleiden. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 30.)

Während Krause und Kiliani versucht haben, der Hypophysis von der vorderen Schädelgrube her, Morsley es versuchte, ihr von der mittleren Schädelgrube her beizukommen, wird in neuerer Zeit von den meisten Operateuren die transnasale Methode Schloffer's angewandt. Diese Methode, Aufklappung der Nase mit oder ohne Eröffnung der Stirnhöhle, Resektion des Septum, Eröffnung des Sinus maxillaris und Entfernung der inneren Augenhöhlenwand, gewährt vorzüglich Platz und bequemen Zugang zur Hypophysis, ist aber eine große und eingreifende Operation, die für den Pat. die Gefahr der Meningitis, der Aspirationspneumonie und des starken Blutverlustes mit sich bringt.

S. hat einen Fall von Schloffer operiert, wobei er mit Nutzen die Kuhn-sche perorale Tubage benutzte. Das Befinden der Pat. besserte sich anfangs, nach 3 Wochen jedoch kam es unter Kopfschmerzen, Temperatursteigerung, Benommenheit zu schnellem Tode. Die Obduktion wies als Todesursache Hirnödem nach. Die Hypophysisgeschwulst war ein Adenom von 4 cm Höhe und 3 cm Dicke.

Der Autor referiert dann noch die von Hirsch und West-Baltimore erdachten Methoden, der Hypophysis auf intranasalem Wege unter lokaler Anästhesie beizukommen. Hirsch operierte anfangs zweizeitig: zunächst Resektion der mittleren Muschel beiderseits und breite Eröffnung beider Keilbeinhöhlen. Dann Trepanation der Hinterwand der Keilbeinhöhlen, womit die Hypophysis erreicht wird.

Später ging Hirsch so vor, daß er in einer Sitzung den hinteren Teil des Septum narium resezierte, dann beide Keilbeinhöhlen eröffnete und das sie trennende Septum beseitigte. Daran anschließend Eröffnung der Sella turcica.

West resezierte beiderseits die Nasenmuscheln, dann die Vorderwand beider Sinus sphenoidales, schließlich den hinteren Teil des Septum narium und sphenoidale. In der nächsten Sitzung eröffnete er dann den Türkensattel von der Hinterwand der Keilbeinhöhle aus.

Hirsch hat seine zweite Methode mit Erfolg am Lebenden ausgeführt.

Reinking (Hamburg).

---

16) Alfred Exner und Julius Boese. Über experimentelle Exstirpation der Glandula pinealis. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 182.)

Die Verff., Angestellte der Hochenegg'schen Klinik in Wien, haben bei jungen Kaninchen die Folgen der Epiphysenexstirpation studiert. Der erforderliche Eingriff bestand in einem medianen Schnitt zur Freilegung der Gegend des Sinus confluens, Zurückstreifung des Periosts und Freilegung des Sinus mittels kleinen Kronentrepans, wobei die mitunter starke Diploeblutung durch Tamponade gestillt wurde. Sodann wurde mit einem feinen weißglühenden Thermokauter durch den Sinus hindurch die Epiphyse zerstört, wobei die Blutung mit Tamponade und Anwendung von Gelatine bekämpft wurde. Von den 95 operierten Tieren

starben 75% an den Folgen des Eingriffes, 22 überlebende Tiere sind längere Zeit nachbeobachtet, wobei auf die Ernährungs- und Gewichtsverhältnisse sowie auf den Zeitpunkt der eintretenden Geschlechtsreife gesehen wurde. Resultat: »Die Exstirpation der Glandula pinealis vom Kaninchen wird, wenn die ersten 24 Stunden nach der Operation vorbei sind, ohne Schaden vertragen, und treten wenigstens bei dieser Tierart keine Folgeerscheinungen nach der Epiphysenexstirpation auf«.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

17) Weski. Die moderne zahnärztliche Diagnostik im Dienste der Rhino- und Otologie. (Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 4.)

Außer den bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden kommen für den modernen Zahnarzt noch weitere in Frage, nämlich Prüfung des Zahnsystems mit Hilfe der Induktionsstroms und Röntgenuntersuchung, und zwar da, wo eine latente Erkrankung der äußerlich intakten Zähne zu vermuten ist. Der Oto-Rhino-Laryngologe bedarf nach Ansicht des Verf.s der Mitarbeit des Zahnarztes in den Fällen, wo es sich um Neuralgien im Gebiete des Kopfes und um Erkrankungen der Kieferhöhle handelt. Nur mit Hilfe des Induktionsstroms lassen sich bei äußerlich intaktem Zahn die verschiedenen Entzündungszustände des Zahnmarks exakt diagnostizieren, nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen die sog. Dentikel der Pulpa (kleine Verkalkungsherdchen), die die Ursache heftiger Neuralgien abgeben können. Erkrankungen der Wurzelhaut (Hyperzementosen), retinierte Zähne, bedürfen des Nachweises durch Röntgenstrahlen, welche auch zur Feststellung von Wurzelgranulomen und von Radikulärcysten ihre Wichtigkeit haben. Etwas zu weit geht wohl Verf., wenn er in jedem Falle von Kieferhöhlenempyem die Aufnahme eines Röntgenogramms fordert. Bei Verdacht auf dentale Neuralgie soll der Ohren- usw. Arzt nach Ansicht des Verf.s sich der Hilfe des Zahnarztes bedienen, worin man ihm nur beistimmen kann. Engelhardt (Ulm).

---

18) Preysing. Zur Plastik bei und nach Ohroperationen. (Med. Klinik 1910. p. 1896.)

Hinsichtlich der sofort an die Radikaloperation des Mittelohres anzuschließenden Plastiken werden die Vor- und Nachteile der Gehörgangslappen nach Körner (Panse), Passow, Stacke, der Thiersch'schen Überpflanzung usw. besprochen. P. empfiehlt für gewisse Fälle, zunächst Hautlappen in die Operationshöhle so zu legen, daß diese 1—3 Wochen hinter der Ohrmuschel zugänglich bleibt, und dann erst durch bestimmte Schnitte und Nähte mit diesen Lappen die Wunde ganz zu schließen.

In Ausnahmefällen tut man gut, die Paukenhöhle nicht ganz auszuräumen, sondern Trommelfellreste und Knöchelchen, die für die Hörfähigkeit bedeutungsvoll sind, stehen zu lassen.

Für den Verschluß alter Öffnungen hinter der Ohrmuschel verwendet P. teils Paraffineinspritzungen unter die Haut, teils eine eigene Doppellappenbildung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

19) Preysing. Spongiosierung der Stirnhöhlen. (Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 4.)

Das statistisch in 3—5% festgestellte Fehlen der Stirnhöhlen dürfte in gewissen Fällen kein einfacher Defekt, sondern das Produkt eines pathologischen

Vorganges sein, der das Endstadium eines Spongiosierungsprozesses, ähnlich wie beim Warzenfortsatz, darstellt. Nun hat Verf. die interessante Beobachtung gemacht, daß bei intaktem Mittelohr und durch die Operation festgestellter Spongiosierung des Warzenfortsatzes die Beschwerden nach Ausräumung der Spongiosa und Resektion des ganzen Proc. mastoideus verschwanden. Ähnliche Veränderungen möchte Verf. annehmen in den Fällen von Stirnkopfschmerz und fehlender Stirnhöhle (Röntgenbild), wo die genaue klinische Untersuchung keinen Anhaltspunkt für Nebenhöhleneiterung ergab, notabene bei jugendlichen Individuen. Es gelang auch Verf., bei zwei Fällen diese Vermutung durch Probeaufmeißelung zu bestätigen, doch bedarf es auch nach Meinung P.'s noch weiterer Beobachtungen, um das klinische Bild dieser eigenartigen Fälle schärfer zu fassen.

Engelhardt (Ulm).

---

20) Pels-Leusden (Berlin). Die Behandlung des Rhinophyms. (Therapeutische Monatshefte 1911. Hft. 1.)

Als ätiologisches Moment gibt Verf. einer Disposition vor der Akne rosacea und dem Alkohol den Vorzug. Pathologische Anatomie und die verschiedenen Behandlungsarten. Verf. wendet die Stromeyer'sche Dekortikation an: Nach Lokalanästhesie wird die Partie mit Chloräthyl zum Gefrieren gebracht und dann abgetragen. Steriler Kompressenverband, nach 3—4 Tagen Verbandwechsel, Heilung nach 10—12 Tagen. Es genügt poliklinische Behandlung.

Thom (Posen).

---

21) Heimendinger. Über Endotheliome der Nasenscheidewand. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde u. f. d. Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 143.)

H. beschreibt zwei Fälle dieser seltenen Geschwulstart. Im ersten Falle handelte es sich makroskopisch um eine graurote, unebene Geschwulst von ziemlich derber Beschaffenheit, die die ganze linke Nasenöffnung ausfüllte und die laterale Nasenwand nach außen vortrieb. Da, wo sie die untere Muschel berührt hatte, war sie in diese hineingewachsen. Histologisch untersucht erwies sich die Geschwulst als eine Mischung von Spindelzellensarkom und Endotheliom.

Im zweiten Falle saß die blaßrosa gefärbte Geschwulst breitbasig dem Septum auf, war von gesunder Schleimhaut überzogen, von höckeriger Oberfläche. Histologisch charakterisierte sie sich durch die Variabilität der Geschwulstzellen, ihre Anordnung in Strangform, den exquisit retikulären Bau, die starke Neigung zu hyaliner Degeneration zweifellos als Endotheliom.

Beide Geschwülste wurden nach seitlicher Aufklappung der Nase radikal entfernt.

Reinking (Hamburg).

---

22) McGraw. The use of the finger in rhinoplasty. (Surgery, gynecology and obstetrics XI. Nr. 6.)

Bei einem 30jährigen Mädchen wurde die durch syphilitische Geschwüre zerstörte Nasenspitze mit den Flügeln wiederhergestellt durch Plastik aus dem linken kleinen Finger, dessen Endphalanx zur knöchernen Stütze benutzt wurde, während die Weichteile der Mittelphalanx nach völliger Entfernung des Knochens zur Ergänzung der Weichteile dienten. Das Ergebnis war erst nach einer Reihe kleinerer Nachoperationen einigermaßen befriedigend. — Verf. beschreibt dann näher seine Technik und das Vorgehen anderer. Ob das Ergebnis solcher Trans-

plantationen mit Knochen dauernd gut bleiben wird, ist zweifelhaft. Bei G.'s Fall zeigte sich nach 1 Jahre eine gewisse Atrophie des Knochens.

Trapp (Riesenburg).

---

23) Riedel (Jena). Die Behandlung der mit Wolfsrachen komplizierten einseitigen Hasenscharten. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

R. beschreibt den Gang der Operation, wie er sie bei kräftigen Kindern ausführt, an der Hand eines Falles von linkseitiger Hasenscharte mit prominentem Zwischenkiefer, linkseitiger Spalte im Alveolarfortsatze usw.

Narkose bei hängendem Kopfe; Durchstechen der vom Alveolarfortsatze abgezogenen Lippe links, Schnitt bis zum Nasenloche, Hinunterklappen des Lappens. Unterbindung der Art. labialis; Durchstechen der Lippe rechts, Schnitt bis zum Septum nach oben und darauf nach unten (s. Abbildung im Original), Versorgung der Arterie. Ablösung des mittleren Gesichtsabschnittes vom Oberkiefer beiderseits, Tamponade der Wunde. Vernähung des oberen Teiles der Lippe ins Nasenloch hinein. Abtragung der Spitze des linkseitigen Mirault'schen Lappens mit der Schere; Entspannungs- und Randnähte.

Nach dem gleichen Prinzip hat R. auch einfachere Hasenscharten operiert. Gute Endresultate.

Kramer (Glogau).

---

24) Lautmann. Zur Anästhesie bei der Adenotomie. (Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 4.)

Empfehlung der lokalen Anästhesie zur Entfernung der Gaumen- und Rachenmandel bei älteren vernünftigen Pat. (vom 10. Jahre aufwärts), für das Gros der Fälle Narkose mit Äthylchlorid mit Hilfe des Camus'schen Apparates. Ein Hinabfallen der abgeschabten Adenoiden in den Kehlkopf soll durch tiefes Einführen des Zungenspatels bis an die hintere Rachenwand vermieden werden.

Engelhardt (Ulm).

---

25) Ehrhardt (Königsberg). Primäre Tuberkulose der Mundschleimhaut und des Unterkiefers nach Zahnextraktion. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 3.)

Bei einem 9jährigen, bisher stets gesunden Mädchen heilte nach Extraktion eines Prämolarzahnes durch einen Zahnheilkundigen, der seine Instrumente nicht zu sterilisieren pflegte, die Extraktionswunde nicht zu, sondern begann zu granulieren und zog eine Verdickung des Alveolarfortsatzes nach sich. In der Umgebung der Granulationswucherungen zeigten sich in der Mundschleimhaut zahlreiche kleine gelbliche Knötchen. Später traten auch Anschwellungen der Lymphdrüsen an der entsprechenden Halsseite auf. Die Diagnose ließ keine Zweifel übrig, daß es sich um eine primäre Tuberkulose des Alveolarfortsatzes handelte, die durch Exzision der erkrankten Gewebe und Resektion des Alveolarfortsatzes bis in den Unterkiefer zur endgültigen Ausheilung gelangte. Auch die regionären geschwollenen Lymphdrüsen wurden exstirpiert, von denen die größte bereits Verkäsung aufwies. Ob die Infektion durch die Zahnzange oder die Finger des Zahnheilkundigen oder etwa Tuberkelbazillen, die in dem kariösen Milchzahn vegetierten, stattfand, ist schwer zu entscheiden. Unter Berücksichtigung aller Umstände ist Verf. geneigt, den ersten Infektionsmodus anzunehmen.

Deutschländer (Hamburg).

---

26) **A. Rosenberg (Berlin). Pathologie und Therapie der Rachenkrankheiten.** (Aus der speziellen Pathologie u. Therapie von Nothnagel.) 164 S., 50 Abbild. Mk. 4,20. Wien u. Leipzig, Alfred Hölder, 1911.

Ein Lehrbuch der Rachenkrankheiten wird stets der inneren Geschlossenheit zu einem gewissen Grade entbehren müssen. Der Rachen als Teil des Respirations- und des Digestionstraktus ist in der Mehrzahl seiner Erkrankungen so sehr abhängig von seiner Nachbarschaft, daß eine isolierte Darstellung seiner Leiden oft etwas Gezwungenes erhält. Dennoch läßt sich die Arbeit R.'s größtenteils mit Genuß lesen. Sie ist als Lehrbuch für praktische Ärzte und Studierende gedacht und dürfte diesem Zwecke entsprechen.

Eine recht gute Einführung gibt der ausführliche allgemeine Teil, der auch Anatomie und Physiologie erörtert. Die wichtigsten neueren Untersuchungsergebnisse sind erwähnt, so Killian's sog. Ösophagusmund und v. Eicken's Hypopharyngoskopie. Bezüglich der Funktion der Mandeln bekennt sich Verf. zur Abwehrtheorie; solange der Lymphstrom (und damit die Auswanderung der Leukocyten) nach außen geht, sorgt er für Entfernung schädlicher Elemente; wenn aber eine Umkehr eintritt (Sinken des Blutdruckes, Abkühlung bei Erkältung) ist die Bedingung für Erkrankung gegeben.

Der spezielle Teil bringt etwas wenig Einteilung nach größeren Gesichtspunkten. Nach Gruppen sind nur folgende Erkrankungen geordnet: Mit Hautkrankheiten auftretende Rachenkrankheiten, Erkrankungen bei Infektionskrankheiten, Mykosen, Geschwülste, Neurosen. Die Leukämie ist auffallenderweise bei den Hautkrankheiten untergebracht. Der Typhus wird zweimal in gleichem Sinne besprochen. Das den Chirurgen näher interessierende Gebiet der angeborenen Spaltbildungen des Gaumens und das der Rachendivertikel ist nur kurz abgehandelt. Bei der Ätiologie des chronischen Rachenkatarrhs müßten die Eiterungen der Rachenmandeln, der Nase und ihrer Nebenhöhlen und des Mundes (Zahnkaries) mehr betont werden.

Die Ausführungen des Verf.s über Therapie stehen durchaus auf moderner und gemäßigter Grundlage. Die operativen Eingriffe werden nicht ausführlich geschildert.

Von Einzelnheiten sei folgendes noch erwähnt. Der Zungenabszeß wird sehr kurz abgehandelt. Die bei ihm manchmal notwendigen, in letzter Zeit empfohlenen Eröffnungen von außen her werden nicht angeführt. Bei Sklerom wird Fibrolysin und Röntgenbehandlung empfohlen. Die operativen Erfolge bei luetischen Verwachsungen im Rachen werden ganz pessimistisch angesehen. Sehr richtig wird bei der Skrofulose ausgeführt, daß Tonsillenhyperplasie durchaus nicht immer auf skrofulöser Konstitution beruht. Für den Beginn der Lungentuberkulose hält Verf. die Mandeln und die unteren Cervicaldrüsen als Eintrittspforten für wichtig. Die manifeste Tuberkulose des Rachens ist aber fast immer sekundär, bei Nasenrachenfibromen sind die Palliativoperationen (besonders Elektrolyse) meist ausreichend. Bei Rachensarkomen hat Verf. auch nach ausgedehnten Operationen Dauerheilungen kaum beobachtet, dagegen von Arseniktherapie nicht selten Besserung, bei Lymphosarkom sogar Heilung.

Recht klar sind überall die differentialdiagnostischen Merkmale ausgeführt, so daß der Studierende aus der Lektüre des Buches eine leidliche Einsicht gewinnen dürfte in die manchmal schwierigen Unterscheidungen, z. B. zwischen den einzelnen geschwürigen Prozessen im Rachen oder den verschiedenen Entzündungen der

Mandeln. Die 50 Abbildungen sind gut und beschränken sich auf diejenigen Darstellungen, die ein nicht farbiges Bild klar wiedergeben kann.

Brunk (Bromberg).

---

27) H. v. Haberer. Parotishämangiom. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

v. H. entfernte einem kleinen Kinde zuerst eine Geschwulst, die er aus der Parotis ausschälte. Nach kurzer Zeit gab es ein Rezidiv, das in der Parotis selbst saß, so daß die ganze Ohrspeicheldrüse entfernt werden mußte, was bei sorgsamster Präparierung mit Erhaltung der Funktion des N. facialis gelang. Die Geschwulst erwies sich als ein typisches Hämangiom der Parotis. Verf. empfiehlt bei gutartigen Geschwülsten der Parotis die genaueste Freilegung des Facialis, da man ihn, entgegen der herkömmlichen Meinung, schonen kann. Anatomisch sind die Parotishämangiome als gutartige Bildungen aufzufassen; klinisch sind sie jedoch bösartig, da sie zur Atrophie des Kiefers oder zu Erstickung führen können. Deswegen ist die radikale Entfernung der Parotishämangiome die einzig zweckmäßige Therapie.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

28) Fr. Fink. Über die blutige Reposition veralteter Kiefergelenksluxationen. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

Verf. empfiehlt für die Reposition veralteter Kieferverrenkungen ein Verfahren, das darin besteht, daß nach Ausführung eines geeigneten Einschnittes zur Freilegung der Incisio semilunaris durch Einsetzung eines Hakens ein Zug nach hinten ausgeübt wird. Ihm selbst ist es gelungen, mittels dieses Repositionsverfahrens eine solche Verrenkung wieder einzurichten.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

29) Guido Fischer. Die lokale Anästhesie in der Zahnheilkunde. 171 S., 7 Tafeln u. 81 Textfiguren. Berlin, Hermann Meusser, 1911.

Der Schwerpunkt in diesem Kompendium für den Praktiker ist auf möglichst genaue Darstellung der Injektionstechnik gelegt; zu deren Verständnis sind namentlich die anatomischen Verhältnisse genau geschildert, während allgemeine andere Fragen der Lokalanästhesie nur kurz gestreift werden. Die Darstellungsweise ist knapp und klar, und das Studium wird durch die zahlreichen, vorzüglich ausgeführten, meist mehrfarbigen Abbildungen, die mit wenigen Ausnahmen neu sind, sehr erleichtert. Die ganze Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche; dasselbe wird sich gewiß baldigst viele Freunde erwerben und kann jedem, der sich viel mit Zahnextraktionen zu beschäftigen hat, angelegentlich empfohlen werden.

Fehre (Freiberg).

---

30) G. Zuelzer. Über Insufficientia vertebrae Schanz. (Med. Klinik 1910. p. 2019.)

Z. bestätigt auf Grund zahlreicher Beobachtungen das Schanz'sche Krankheitsbild: Magen-Darmstörungen — ohne auffallend häufige Hyperazidität —, Beckenschmerzen, Überempfindlichkeit gewisser Stellen der Wirbelsäule, die infolge von beruflicher und sonstiger Belastung eine Haltungsabweichung aufweist, und der Versorgungsgebiete der aus diesen Wirbelabschnitten entspringenden Gefühlsnerven. Oft besteht zugleich Plattfuß. Entlastung am einfachsten durch längere Bettruhe. Dazu kräftigende Kost und Arznei, Massage und Gymnastik. Statt

der letzteren in schweren Fällen Stützapparate; als solche genügen oft schon Korsetts mit Stahlschienen. Georg Schmidt (Berlin).

---

31) Rudolf Goebell. Zur Diagnose und Therapie der akuten Wirbelosteomyelitis und der Meningitis spinalis purulenta. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 338.)

In vier Fällen von Wirbelosteomyelitis, die G. in der Klinik in Kiel beobachtete, war die richtige Diagnose nur in einem Falle wegen gleichzeitiger Erkrankung von Femur und Tibia stellbar gewesen, sonst konnte nur im allgemeinen »tiefliegende Eiterung« festgestellt werden. Von drei Fällen eitriger Meningitis spinalis interessiert besonders einer, bei dem Meningitis und Wirbelosteomyelitis kombiniert waren, und der zeigt, wie schwer die Affektionen diagnostisch auseinander zu halten sind. Der 14jährige Pat. war nach einer mangelhaft bekleidet in einem Lehnstuhl verschlafenen Nacht akut fieberhaft mit auf eine Lendenosteomyelitis der Wirbel hinweisenden Erscheinungen erkrankt. Nach ca. 1 Woche ergibt die Lumbalpunktion trüben Liquor mit Staphylokokken (1. IV. 1909). Am 11. IV. Meteorismus, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule von vornher, weshalb mit einem lateralen Schnitt zwischen den Querfortsätzen vom III. und IV. Lendenwirbel eingegangen und die Prävertebralgegend angegangen und drainiert wird. Entleerung von Ödemflüssigkeit mit Eiterflocken. Temperaturabfall. Nach Fieberrezidiv am 17. IV. zweite und am 26. IV. dritte Lumbalpunktion, welche beide wieder, und zwar zunehmend stärker, Staphylokokkengehalt des Liquor ergaben. Deshalb und wegen abermaligen Fieberrezidivs am 30. VI. Laminektomie des III. Lendenwirbelbogens und Spaltung der Dura, wodurch staphylokokkenhaltiger Eiter entleert wird. Es findet sich weder ein subduraler Abszeß, noch eine Perforation der Dura. Für die Nachbehandlung Drainage des Duralsackes, aus dem reichlicher Liquorabfluß stattfand. Es trat Heilung mit einer feinen, noch März 1910 vorhandenen Fistel ein. Eine zu dieser Zeit gemachte Röntgenaufnahme ergab Verdichtung des Körperschattens vom II. und III. Lendenwirbel, sowie periostale Auflagerungen und Verdickungen an ihnen. G. betrachtet seinen Fall als den vierten mit Ausgang in Heilung von 15 bislang publizierten Fällen von Osteomyelitis der Wirbelkörper. Für die Behandlung künftiger analoger Fälle kann er teilweis vorbildlich sein. Für Diagnose der Erkrankung schlägt G. die probeweise Anbohrung der Wirbelkörper vor, an deren Produkt außer auf sonstige Bakterien besonders auf Typhus- und Influenzabazillen zu fahnden wäre. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 24 Nummern.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

32) H. Schüssler. Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Paraplegien bei tuberkulöser Spondylitis. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

Schilderung eines Falles von Paraplegie der unteren Extremitäten durch tuberkulöse Spondylitis, Befreiung des komprimierten Rückenmarks durch Laminektomie und allmähliche Heilung der andauernden spastischen Lähmung durch die Methode von Faure, d. h. anfänglich passive, später aktive Bewegungen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

33) Snoy. Sarkom der Pharynx-Ösophagusgrenze mit Erfolg operiert nach vorhergehender Gastrostomie. (Med. Klinik 1911. p. 58.)

Bei einem 57jährigen, der infolge einer Geschwulst am Kehlkopf- und Speiseröhreneingange an heftigen Schluck- und Atembeschwerden litt, wird zunächst von vornher der Kehlkopf in der Mitte gespalten und, da sich von hier aus die Neubildung nicht entfernen läßt, eine Luftröhrenkanüle eingelegt. Durch eine Magenfistel nach Kader wird außerdem die gesunkene Ernährung wieder aufgebessert. Beide Voroperationen erleichterten den nun folgenden Radikaleingriff, die Wundversorgung und die Nachbehandlung sehr. Nach erneuter Öffnung des Kehlkopfes, nach Spaltung des Zungenbeines und der linken seitlichen Rachenwand wurde das der hinteren Rachenwand am Speiseröhreneingange breit aufsitzende und bis zum Kehlkopfeingange reichende Sarkom weit im Gesunde in Äther-, Chloroform- und Sauerstoffnarkose entfernt. Primäre und sekundäre Naht. Gute Wundheilung. Nach mehreren Monaten kein Rückfall; Stimmschwäche; mäßige Verziehung des Kehlkopfes und der Zunge.

Georg Schmidt (Berlin).

---

34) M. Turin. Blutveränderungen unter dem Einfluß der Schilddrüse und Schilddrüsensubstanz. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 343.)

T. hat in der Klinik von Kocher die von letzterem bereits früher studierten Blutverhältnisse bei Morbus Basedowii (s. Chirurgenkongreß von 1905) weiter beobachtet, aber auch bei Kranken mit gewöhnlichen Kröpfen und Struma maligna, ferner bei mit Schilddrüsenpräparaten behandelten Kranken exakte Blutzellenzählungen ausgeführt. Die Resultate dieser fleißigen Untersuchungen sind in Tabellen zusammengestellt, bezüglich deren wir auf das Original verweisen. Die gewonnenen Resultate werden in folgenden Schlußsätzen zusammengefaßt: »1) Die einfache Kolloidstruma führt zu keinen Abnormitäten des Hämoglobingehaltes des Blutes, noch auch der Erythrocyten und Leukocytenzahl und der Verhältniszahlen der einzelnen Leukocytenformen. 2) Durch Darreichung von Schilddrüsenpräparaten läßt sich in kurzer Zeit in den meisten Fällen eine Vermehrung der Lymphocyten hervorrufen. In der Mehrzahl der Fälle erfolgt gleichzeitig eine Verminderung der Gesamtzahl der Leukocyten auf Kosten der polymorphkernigen Neutrophilen. 3) Die für die Basedow'sche Krankheit charakteristische Lymphocytose und Leukopenie ist als eine Reaktion der blutbildenden Organe auf eine vermehrte Sekretion der Schilddrüse zu betrachten.«

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

35) H. Leischner und R. Köhler. Über homoioplastische Epithelkörperchen- und Schilddrüsenverpflanzung. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Während in der Literatur einige Fälle publiziert sind, bei denen eine postoperative Tetanie, die nach Schilddrüsenexstirpation eingetreten war, durch Überpflanzung von Epithelkörperchen wieder zur Heilung gekommen, sind die Verff. in der Lage, zwei Fälle zu beschreiben, bei denen die analoge Erkrankung durch die Epithelkörperchentransplantation unbeeinflußt blieb. Durch diese Fälle angeregt, stellten Verff. Tierversuche an Ratten an, um die Frage zu klären, ob bei Homoiotransplantation die Epithelkörperchen wirklich längere Zeit erhalten werden können und ob die Tetanie dadurch beeinflußt wird. Das Resultat war,

daß derartige Überpflanzungen auf die Dauer nicht Stand hielten, sondern daß eine Resorption der überpflanzten Gewebsstücke stattfand. Immerhin mußte man annehmen, daß die Epithelkörperchen so lange wirkten, als sie sich an dem Orte der Transplantation noch vorfanden. Dasselbe gilt für die Schilddrüse, deren Transplantation vielleicht insofern günstig wirkt, als während ihres Bestandes die Drüsenreste am Hals hypertrophieren können. Diese Erfahrungen stimmen mit den Versuchen überein, die man auch sonst bei Schilddrüsenverpflanzungen gemacht hat, dahingehend, daß die Autotransplantation erfolgreich bleibt, d. h. sich das überpflanzte Organ dauernd erhält, während bei der Homoiotransplantation, d. h. der Überpflanzung des Organes anderer Individuen, bald Resorption eintritt. Bei denjenigen Fällen, in denen die Homoiotransplantation der Epithelkörperchen gewirkt hat, mag wohl eine Schädigung der zurückgebliebenen Körperchen durch die Operation eingetreten sein, die sich in der Zeit wieder ausgeglichen hat, in welcher die überpflanzten Stückchen noch funktionierten, d. h. noch nicht aufgesaugt waren. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

36) **W. Kausch.** Beidseitige Resektion oder einseitige Exstirpation des Kropfes? (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

K. konstatiert, daß die von v. Mikulicz angegebene beidseitige keilförmige Resektion des Kropfes nicht die Anerkennung gefunden hat, die sie verdient. Sie sollte eigentlich die Operation der Wahl bei Kropfoperation sein. Denn sie bietet den Vorteil, daß man einen klaren Einblick in Größe, Beschaffenheit und Struktur des Kropfes bekommt, daß man den Recurrens und die Epithelkörperchen schont. Auch mit der von Kocher empfohlenen Freipräparierung der Art. thyreoidea inferior und deren proximaler Unterbindung ist man nicht so sicher imstande, die Epithelkörperchen zu schonen wie bei der Resektion. Wenn Kocher selten Tetanie erlebt hat, so liegt das nach des Verf.s Ansicht an seiner außergewöhnlichen Technik auf dem Gebiet der Kropfoperationen; andere dürften wohl nicht so glücklich sein. Einige Nachteile der Resektion, daß sie etwa blutiger ist wie die Exstirpation oder leichter Rezidive veranlasse, können gegenüber den großen Vorteilen nicht in Frage kommen.

K. operiert nicht in Lokalanästhesie, sondern in Äthertropfnarkose. Nach Anlegung des Kragenschnittes, wobei die Muskulatur möglichst mit der Haut in Verbindung bleibt, wird der Kropf luxiert. Dann wird der obere und untere Pol mobilisiert; die Gegend der Vasa inferiora hingegen wird völlig in Ruhe gelassen. Nachdem dies auf beiden Seiten geschehen ist, wird der Isthmus von der Luftröhre stumpf abgelöst und durchschnitten. Darauf werden die beiden Schilddrüsenhälften noch ein wenig seitwärts von der Luftröhre abgetrennt und dann wird ein keilförmiger Schnitt durch die Drüsensubstanz angelegt, so daß jederseits ein medialer und lateraler Drüsenlappen zurückbleibt. Nervenverletzung ist dabei unmöglich. Nach der Resektion werden die Drüsenstümpfe wieder in ihr Lager zurückgebracht und beiderseits eine Drainage eingelegt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

37) **S. Kreuzfuchs.** Symptomatologie und Häufigkeit der intrathorakischen Struma. Aus dem Röntgeninstitut der Wiener allg. Poliklinik (Dr. R. Kienböck). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

Der intrathorakische Kropf ist keineswegs selten, aber ohne Heranziehung der Röntgenstrahlen zuweilen schwer zu diagnostizieren. Seine wichtigsten Sym-

ptome sind: Atemnot, Herzklopfen, Schluckbeschwerden, Husten, Heiserkeit, Stridor, Rötung und Gedunsenheit des Gesichts, Cyanose der Lippen, Venenerweiterung am Halse und an der vorderen oberen Brustpartie, Dämpfung über dem Manubrium sterni und Tiefstand des Kehlkopfs. Alle diese Symptome sind besonders dann zugunsten einer intrathorakischen Struma zu verwerten, wenn weder der Befund an Herz und Lungen, noch der eventuell gleichzeitig vorhandene Halskropf mit der Vielseitigkeit und dem Grade der Beschwerden recht in Einklang zu bringen sind. Es gibt auch beschwerdefreie Brustkröpfe, die bei der Durchleuchtung zufällig aufgedeckt werden, die aber nicht bedeutungslos sind, da sie die Träger derselben zu Erkrankungen der Respirations- und Zirkulationsorgane prädisponieren. Kramer (Glogau).

38) **Römheld. Gefahren der Jodmedikation, Jodempfindlichkeit und Jodbasedow.** (Med. Klinik 1910. p. 1930.)

Selbst kleine Jodgaben können bei Kropf, sogar beim Fehlen eines solchen, z. B. bei Fettleibigkeit oder Arterienverkalkung, schweren Hyperthyreoidismus (toxisch gesteigerten Stoffwechsel, Durchfälle, Abmagerung, Herzschwäche, Fieber), akute Basedowerscheinungen hervorrufen. Ganz besondere Vorsicht ist geboten, wenn in der Familie bereits gewöhnliche Kröpfe oder Zucker- oder Basedow'sche Krankheit vorkommen. Das häufig als Jodgegenmittel von R. angewendete Natrium sulfanilicum hatte niemals Erfolg. Dagegen wirkte das Möbius'sche Antithyreoidserum. Auch die operative Entfernung des Kropfes brachte Heilung. Krankengeschichten. Georg Schmidt (Berlin).

39) **Charles Mayo. Ligation and partial thyreoidectomy for hyperthyreoidism.** (Surgery, gynecology and obstetrics XI. 6.)

Bei milden Formen und solchen, die frühzeitig in Behandlung kommen, empfiehlt M. die Unterbindung der Blut-Lymphgefäße und Nerven am oberen Pol. Dadurch wird sowohl die Produktion wie die Ausscheidung des Sekretes in den Körper verhindert. Oft tritt völlige Heilung ein. Ebenso geht er vor bei sehr schweren Fällen, die danach wesentlich gebessert werden, so daß später unter günstigeren Umständen die Drüse entfernt werden kann, und zwar der größere Lappen mit dem Isthmus. Die Hebung des Allgemeinbefindens nach der Unterbindung ist oft erheblich, namentlich steigt das Gewicht. Im allgemeinen soll der Basedowkropf nach entsprechender Vorbehandlung zur Hebung des ganzen Befindens zu $^3/_5$ exstirpiert werden. Bei der Vorbehandlung erwähnt Verf. auch Röntgenbehandlung. Die einseitige Form bietet stets günstige Aussichten für die Operation.

Als Anästhetikum benutzt M. Kokain mit vorangehender Skopolamineinspritzung nur bei Fällen mit schwerer Herz- und Leberstörung, sonst Äther oder Chloroform mit vorangehender Morphiumgabe.

Mortalität 3,7% bei Unterbindung, 3,9% bei Exstirpation.

Trapp (Riesenburg).

40) **H. Graff (Bonn). Seltene Verengerungen des Kehlkopfes.** (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 50.)

In dem ersten der mitgeteilten Fälle hatte eine kolossal starke Lordose der Halswirbelsäule im Bereich des V.—VI. Halswirbels den Kehlkopf nach vorn übergekippt und dadurch den Eingang verengt; da ein Osteom vorzuliegen schien,

wurde die Vorwölbung vom vorderen Rande des Kopfnickers aus freigelegt und in einer fast $^3/_4$ cm dicken Schicht abgemeißelt; es handelte sich indes um normalen Knochen. Die Beschwerden des Pat. sind seitdem geschwunden.

Der zweite Fall von Kehlkopfstenose war durch einen Fremdkörper veranlaßt, von dem der Kranke nichts wußte, so daß lange Zeit die Diagnose unsicher geblieben und nach erfolgloser Luftröhreneröffnung und Bougierung, sowie nach Spaltung des Kehlkopfs erst durch eine Röntgenaufnahme die Ursache entdeckt wurde. Der Fremdkörper, ein markstückgroßer Metalldeckel einer Mineralwasserflasche, war unterhalb der Stimmbänder direkt vor die Wirbelsäule durch die hintere Kehlkopfwand durchgewandert und hatte eine Entzündung veranlaßt, ohne aber die Speiseröhre zu verletzen. Heilung mit kleiner Fistel; die Luftröhrenkanüle ist nach $2^1/_2$jährigen ärztlichen Bemühungen entbehrlich geworden.

Kramer (Glogau).

---

41) Flatau. Chirurgische und funktionelle Behandlung der Stimmlippenknötchen mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Berufsschädigung. (Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 4.)

Ausführliche Darlegung des Standpunktes, den Verf. bei Behandlung der Sängerknötchen einnimmt. Wichtigkeit der endoskopischen und der funktionellen Untersuchung der Tonbildung für die Indikationsstellung werden hervorgehoben. Kommt ein chirurgischer Eingriff in Frage, so verwendet Verf. bei einseitigen, breit aufsitzenden Knoten der Stimmlippen keine schneidenden Instrumente, sondern Chromsäure, die in die entsprechende Aushöhlung einer »in der Pfeilnahtebene abgestumpften Sonde« gebracht wird. Engelhardt (Ulm).

---

42) Cohn. Die oberen Luftwege bei den Leprösen des Memeler Lepraheims. (Zeitschr. f. Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 4.)

Während das Sklerom mangels eingreifender behördlicher Maßnahmen in Ostpreußen weitere Fortschritte macht und »seine Fühler bereits in das Innere Deutschlands ausstreckt«, wovon auch Ref. ein Fall bekannt ist, wird die Lepra durch die Aufmerksamkeit der Behörden mehr und mehr beschränkt. Wichtig ist, daß in einer Reihe von Fällen die ersten Erscheinungen sich bei der Lepra nicht auf der äußeren Haut, sondern auf der Schleimhaut der oberen Luftwege manifestieren. In erster Linie wird die Nase ergriffen, dann folgt Rachen und schließlich Kehlkopf, bei dem die Veränderungen (Knotenbildung und Zerfall) am folgenschwersten in die Erscheinung treten. Engelhardt (Ulm).

---

43) Richard v. Hippel. Über Kehlsackbildung beim Menschen (Laryngokele ventricularis). (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 477.)

Ein Fall eigener Beobachtung, der, zu jahrelangen Beschwerden Anlaß gebend, schließlich zur Radikaloperation führte und erst durch diese zur völligen Aufklärung und Heilung gelangte, gab v. H. Anregung zur vorliegenden, breit angelegten und monographisch erschöpfenden Arbeit. v. H.'s Pat. war eine 34jährige, sonst gesunde Frau, die, seit ihrem 14. Jahre eine rauhe Stimme besitzend, im Laufe von Jahren wiederholte Abszesse in der Gegend des linken Taschenbandes durchgemacht hatte. Durch Inzisionen waren dabei stinkende Eitermengen entleert.

Laryngologisch war in der Gegend des Taschenbandes immer eine ansehnliche Geschwulst, das Stimmband überdeckend, zu sehen. Bei der letzten derartigen Entzündung machte v. H. die mediane Thyreotomie und gelangte bei Inzision der Geschwulst in einen schleimhautausgekleideten walnußgroßen Luftsack, der sich größtenteils zwischen Schildknorpelplatte und Kehlkopfschleimhaut herab erstreckte. Seine Exstirpation von der angelegten Wunde aus schien unmöglich, vielmehr wurde, zumal in der nächsten Zeit aus der eingelegten Trachealkanüle bedrohliche Blutungen erfolgten, beschlossen, die Laryngofissurwunde der Heilung zu überlassen und nach Eintritt dieser gegen den Luftsack von außen seitlich vorzudringen. Bei dieser zweiten Operation wurde also der Schildknorpel neuerdings, nunmehr lateral gespalten, die Ligg. thyreo-hyoideum und thyreocricoideum eingekerbt. Tiefer gehende Schnitte eröffneten den Luftsack, der jetzt allerseits leicht herauspräparierbar war mit Ausnahme der Stelle, wo er der Rachenschleimhaut aufsaß. Hier passierten ein paar kleine perforierende Schnittchen, die alsbald genäht wurden, auf die Exstirpation eines kleinen Schleimhautrestchens aber wurde verzichtet. Mit dem Sinus Morgagni hatte der Luftsack eine schmale Kommunikation. Nach Naht usw. trat gute Heilung ein, wenn auch mit Verbleib rauher Stimme und nicht völliger Restitution des Stimmbandes. Die Schleimhaut des Luftsackes zeigt geschichtetes Zylinderflimmerepithel und Anhäufung von Leukocyten bzw. adenoidem Gewebe. Dieser Bau entspricht aber völlig demjenigen des normalen menschlichen Anhanges des Ventriculus Morgagni, der wegen seines typischen Besitzes von adenoidem Gewebe von Levinstein als eine Art von Tonsille gedeutet ist. Die in v. H.'s Falle beobachteten wiederholten eitrigen Entzündungen, die übrigens in anderen analogen Fällen nicht vorkamen, würden demnach als »Anginen« dieser abnorm vergrößerten »Tonsille« auffaßbar sein. Die morphologische bzw. ätiologische Bedeutung derartiger Luftsäcke beim Menschen kann befriedigend wissenschaftlich nur durch eine vergleichend-anatomische Betrachtung geleistet werden: In ihrem Lichte erscheinen sie als Analogika der bei den anthropomorphen Affen vorhandenen großen Kehlsäcke, die mit dem Sinus Morgagni kommunizieren und von ihren Besitzern willkürlich aufblähbar sind.

Der übrige reiche Inhalt der Arbeit stellt alle in der Literatur, auch der des Auslandes, verstreuten Beobachtungen der seltenen Erkrankung zusammen, die Berichte der Autoren meist ungekürzt wiedergebend. Dabei finden auch die Luftsäcke Berücksichtigung, die mediane Lagerung zeigten und von welchen v. H. das Urteil abgibt, daß eine angeborene mediane Laryngokele analog der der niederen Affen bisher nicht einwandfrei festgestellt worden ist. Zum Schluß Literaturverzeichnis von 46 Nummern. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

44) Salomon. Über Larynxcysten. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. die Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 49.)

S. gibt zunächst eine Übersicht über die Genese, Pathologie und Therapie der Kehlkopfcysten. Er empfiehlt, sie möglichst auf intralaryngealem Wege zu beseitigen. Bei Erstickungsgefahr solle man nur die Tracheotomie ausführen und dann intralaryngeal die Cyste entfernen, weil durch die Laryngotomie die Reinheit der Stimme mehr oder weniger beeinträchtigt werde. Die Punktion der Cyste genügt natürlich nicht; kann man sie nicht ganz mit der Schlinge entfernen, so muß man einen Teil abtragen und den Rest des Balges verschorfen. Gelingt die intralaryngeale Entfernung nicht, so muß man den Kehlkopf spalten. Die Gefahr der Aspirationspneumonie wird durch Anwendung der lokalen Anästhesie

wesentlich verringert. Bei allzu wehleidigen Personen ist die Chloroformnarkose die beste; sie ist der Äthernarkose vorzuziehen, weil sie nicht so zu starker Sekretion der Schleimhäute führt wie diese.

S. beschreibt dann einen Fall von Kehlkopfcyste bei einem 28 Tage alten Mädchen, die auf der linken Kehlkopfhälfte die Gegend des falschen Stimmbandes einnahm und den linken Sinus piriformis ausfüllte. Der Autor glaubt, daß es sich trotz der Jugend des Kindes mit aller Wahrscheinlichkeit um eine Retentionscyste handelt. Reinking (Hamburg).

---

45) **Roos. Myxochondroma laryngis subglotticum.** (Zeitschrift für Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXII. p. 228.)

Etwa kirschgroße, sehr weiche Geschwulst, die vom Ringknorpel rechts hinten oben entspringt, wird nach partieller Spaltung des Kehlkopfs in Morphium-Äthernarkose mit bestem funktionellem Erfolge entfernt. Histologisch handelt es sich um ein von Hämorrhagien durchsetztes Myxochondrom. Die Geschwulst ist stellenweise sehr zellreich, jedoch als gutartig anzusprechen.

Reinking (Hamburg).

---

46) **Myer. Cardiospasm with dilatation of the esophagus.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 18. 1910.)

M. berichtet über 10 Fälle eigener Beobachtung, in denen ein Cardiospasmus ohne nachweisbare organische Ursache bestand mit konsekutiver Dilatation des Ösophagus. M. behandelte die Patt. mit einer dilatierenden Sonde, die den von Strauss, Russel und Plummer angegebenen ähnlich ist und von ihm eingehend beschrieben wird.

6 Fälle wurden gebessert; 3 blieben aus der Behandlung fort, von denen 2 sicher an Inanition gestorben sind; der 10. Pat. vermochte durch ganz bestimmte Kunstgriffe stets, wenn auch mühsam, die Speisen in den Magen zu befördern und war damit ganz zufrieden. W. v. Brunn (Rostock).

---

47) **Paul Müller. Ein Fall von progressiver Rippenknorpelnekrose (Perichondritis costalis tuberculosa).** (Med. Klinik 1911. p. 20.)

Eine steinhaltige Gallenblase platzte unvermittelt; bei der Operation wurde die hochstehende Leber nur mit Mühe durch Abziehen des Rippenbogens zugänglich; letzterer wurde dabei wohl stark gedrückt. Der Kranke war 58 Jahre alt; seine verkalkenden und verknöchernden Knorpel waren also weniger widerstandsfähig. Es schloß sich eine regelrechte fortschreitende, fistelnde, $2^1/_2$ Jahre anhaltende Rippenknorpelnekrose an, die zu zahlreichen Ausschabungen usw. und Knorpelresektionen führte. Schließlich völlige Heilung unter Ersatz der knorpeligen Rippenbögen und des Brustbeinloches durch neue Knochenmasse. Eine begleitende hartnäckige Bronchitis bot keinen Anhalt für Tuberkulose. Dagegen sahen die Wucherungen der verzweigten Eitergänge an den Rippenknorpeln fungös aus, und in den entfernten Knorpeln fanden sich nach längerem Suchen spärlich tuberkelähnliches Gewebe und Tuberkel.

Georg Schmidt (Berlin).

48) Sante Solieri. Anmerkungen zur Lungenchirurgie. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 258.)

S., Dozent der Universität Siena und leitender Chirurg im Krankenhause zu Grosseto, bringt in seiner Arbeit nach einer die einschlägige Literatur berücksichtigenden Allgemeinerörterung der Lungenchirurgie einen Bericht über sechs von ihm vollzogene Pneumotomien, deren gute Resultate nur um so mehr imponieren können, als S. mit den einfachsten Hilfsmitteln gearbeitet hat. Denn diagnostisch wurde, wie Ref. hervorheben möchte, von Röntgenaufnahmen der Brust abgesehen, und für den Operationsakt standen Apparate zur Luftdruckdifferenzierung nicht zu Gebote. Die Berichtsfälle betreffen: Zweimal Lungenabszesse infolge von Fremdkörpern — und zwar eines Haferkornes bzw. eines Strohhälmchens —; beide Fremdkörper bei der Abszeßentleerung zutage gefördert. Zweimal handelte es sich um Echinokokkus. Während bei dem ersten dieser Fälle sich eine Lungenabszedierung fand, welche durch eine kleine Zwerchfellperforation von einem Leberechinokokkus verursacht war, lag in dem anderen ein primärer Lungenechinokokkus vor. In einem fünften Falle handelte es sich um eine gangränöse Lungenhöhle, entstanden nach Lobärpneumonie. Alle diese Fälle sind zur völligen Heilung gebracht. Nur ein Pat., ein 3jähriger Knabe, der nach lobulärer Bronchopneumonie an mehrfacher Bildung kleiner Lungenabszesse erkrankt war, und bei dem die Abszeßeröffnung nicht sofort gelang, wurde ungeheilt vorzeitig von seinen Eltern aus dem Spital geholt. Die Diagnosenstellung stützte sich überall in erster Linie auf das allgemeine Krankheitsbild, die Art des Expektorats und die Ergebnisse der Perkussion und Auskultation. Probeaspirationen des Lungenabszeßeiters lagen nicht immer vor, dagegen wurde das Symptom des Unbeweglichbleibens einer eingestochenen Nadel als Zeichen für Verwachsung der Pleurablätter als wertvoll beobachtet; bei dem primären Lungenechinokokkus sicherte die Aspiration der typischen Cystenflüssigkeit die Diagnose. Bei der erforderlichen Operation, welche teils unter Narkose (Chloroform besser als Äther), teils in Lokalanästhesie ausgeführt wurde, wurden stets mehrere Rippen gleichzeitig reseziert. Fehlten Pleuraverwachsungen, so wurde alsbald die Vernähung der Pleurablätter vorgenommen, wenn nötig gleichzeitig tamponiert und danach sofort mit der Operation fortgefahren. Das Eingehen in die Lunge fand teils mit dem Messer, teils mit dem Paquelin statt, mit letzterem besonders, wo man bereits in größere Tiefe des Lungengewebes gelangt war. Auch des Einbohrens mit dem Finger in die anzugehenden Lungenkavernen (von Brésard empfohlen) bediente sich S. mit Nutzen. In der Nachbehandlung bediente er sich sowohl der antiseptischen Ausspülungen als der Ausräumung der Höhle mit scharfen Instrumenten, der damit verbundenen Gefahr wegen nur mit Vorsicht. Interessante Photogramme der geheilten Pat. zeugen von deren vorzüglichem Allgemeinzustande. Die Größe der Narben und die Thoraxzusammenschrumpfungen sind verhältnismäßig recht gering. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

49) Hürter. Verdichtungen im Lungengewebe, vorgetäuscht durch Niederschläge nach Jodipininjektionen. (Zeitschrift für Röntgenkunde u. Radiumforschung.)

Bei einer Lungenaufnahme wegen Lungenentzündung fanden sich im Bereich des Brustkorbes eigentümliche scharfe Schatten, die zunächst für Kalkablagerungen gehalten wurden, sich nachher aber als durch Jodipininjektionen erzeugt herausstellten. Woher die außerordentlich scharfen und dichten Schatten kommen,

läßt sich noch nicht erklären, da frische Jodipininjektionen solche nicht erzeugen. H. wird später weiteres mitteilen. — Als Fehlerquellen im Bereich der Brustorgane waren diese Veränderungen bisher nicht bekannt. Trapp (Riesenburg).

---

50) **J. F. Erdmann. A case of stab wound of the heart.** (Med. record 1910. Dezember.)

Ein 21jähriger Kellner erhielt einen Messerstich in die Brust. $3^1/_2$ Stunden später fand sich bei der Operation eine Wunde des rechten Ventrikels, groß genug, um den Zeigefinger in die Herzhöhle eindringen zu lassen. Die Herzwunde wurde durch 8—10 Knopfnähte geschlossen und durch eine Etagennaht, nach Art der Lembert'schen, gesichert. Drainierung des Herzbeutels. Glatte Heilung in 14 Tagen. Entlassung nach 5 Wochen. Bemerkenswert ist, daß Pat., nachdem er schon den Messerstich erhalten hatte, noch imstande war, seinen Gegner niederzuschlagen. Revenstorf (Breslau).

---

51) **Albert. Diffuse idiopathic hypertrophy of the mammary glands of the female.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 16. 1910.)

Bericht über einen Fall von Brustdrüsenhypertrophie bei einem 13 Jahre alten Mädchen. Das Gesamtgewicht des Mädchens betrug 101 Pfund, die Mammae wogen nach der Amputation 28 bzw. 26, zusammen also 54 Pfund, also mehr als die Hälfte des Körpergewichts. Das Wachstum der Brüste hatte erst wenige Monate vor der Operation seinen Anfang genommen. Die Eltern der Pat. waren beide gesund, die Pat. selbst im übrigen ganz normal. Sie entwickelte sich weiterhin normal, hat 1909 mit 19 Jahren geheiratet und 1910 ein wohlgebildetes Kind geboren.

70 Fälle von Mammahypertrophie sind bisher publiziert worden, davon 62 doppelseitig; sie entwickelte sich fast stets um die Pubertätszeit herum. Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

52) **G. Hirschel. Die klinische Bedeutung des sogen. Paget'schen Brustkrebses (Krebsekzem der Brust).** Aus der chir. Klinik zu Heidelberg (Prof. M. Wilms). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 50.)

Die schon von anderen bestrittene Auffassung, daß der sog. Paget'sche Brustkrebs als typisches Beispiel für das Entstehen eines Karzinoms aus primär umgewandeltem Epithel zu betrachten sei, wird auch durch die von H. mitgeteilten, histologisch genau untersuchten und beschriebenen zwei Fälle als unrichtig erwiesen. Diese zeigen vielmehr, daß der Krebs die primäre Affektion darstellt und sekundär das Ekzem verursacht (»Krebsekzem der Brust«) und lehren deshalb, daß man bei jedem chronischen Ekzem der Brustwarze und des Warzenhofes auf ein bestehendes kleines Karzinom der Mamma fahnden und bei unsicherer Diagnose durch eine Probeexzision zur Klarheit zu kommen suchen soll. Kramer (Glogau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 14. Sonnabend, den 8. April 1911.

Inhalt.

XL. Chirurgenkongreß.

Um möglichst rasch im Zentralblatte einen sachlich richtigen Bericht über die Ergebnisse des Kongresses bringen zu können, bitte ich die Herren, welche auf demselben Vorträge halten werden, mir recht bald nach der Sitzung einen kurzen Selbstbericht über solche in Berlin zu übergeben oder nach Breslau XIII, Kaiser-Wilhelmstraße 115, einzusenden.

Richter.

I.

Zur Technik der Operation der Hasenscharte.

Von

Prof. Dr. K. Vogel in Dortmund.

Nicht selten macht man die Erfahrung, nicht nur bei der Operation der Hasenscharte selbst, sondern auch bei Nachuntersuchungen Operierter, daß bei im übrigen recht gutem kosmetischem Erfolg eine leichte mediale Einkerbung der Oberlippe resultiert, eine Retraktion der genähten Partie nach der Nase hin. Dieser wohl überhaupt häufigste Mangel der Operation hat ja schon von vornherein die Bestrebungen der Chirurgen beeinflußt, einen möglichst langen Vereinigungssaum der zur Verfügung stehenden plastischen Lappen zu schaffen, der der Retraktion möglichst entgegenwirkt.

Ich glaube die Beobachtung gemacht zu haben, daß die postoperative Retraktion der genähten Oberlippe besonders stark war, wenn Entspannungsschnitte unterhalb der Nasenflügel gemacht worden waren. Man sollte eher das Gegenteil annehmen, da diese Schnitte ja den Zweck haben und auch erfüllen, ein wesentliches kausales Moment für die spätere Insuffizienz der Oberlippe, die Spannung der Lappen und der Naht, zu vermindern. Trotzdem möchte ich es für möglich halten, daß der Entspannungsschnitt die Retraktion der genähten Teile der Oberlippe nasalwärts begünstigt. Ziehen wir nach Anlegen eines Wangenentspannungsschnittes unter dem Nasenflügel her die Seitenlappen medianwärts zusammen, so wird die untere Nasenöffnung auf eine Strecke hin von frischem Schnittrand begrenzt werden, da der Seitenlappen ja, soll der Entspannungsschnitt überhaupt einen Zweck haben, gegen den Nasenflügel, von dem ihn jener getrennt hat, medianwärts verschoben wird. Hier wird demnach keine vollkommene prima intentio möglich sein und daher leicht Schrumpfung eintreten, die die nach unten ja nicht fixierte Lippe aufwärts zieht, also am freien Rande eine Einziehung bedingt.

Meine Bestrebungen, jenen nasalwärts gerichteten freien Schnittrand des vorgegzogenen Wangenlappens zu vermeiden bzw. zu überkleiden, führten mich zu einem Verfahren, welches in mehrfacher Richtung Vorzüge hat. Die Art des Vorgehens wird durch die schematischen Skizzen illustriert:

I. In einseitigen Fällen bilde ich nach Anlegung des Entspannungsschnittes unter dem Nasenflügel her und entsprechender Anfrischung des seitlichen Lappens am medialen Spaltrande einen Haut- bzw. Haut-Schleimhautzipfel mit Brücke oben am Septum nasi (Fig. I a). Die übrige Anfrischung des medialen Spaltrandes erfolgt in beliebiger, für den Fall passender Weise. Drehe ich dann jenen Hautzipfel um 90° in der Frontalebene nach außen oben, so entsteht ein rechter Winkel, in den die obere innere Kante des seitlichen Lappens genau hineinpaßt. Jener Zipfel umsäumt dann das Nasenloch von unten, er wird nach entsprechender Zustutzung mit dem Nasenflügel und dem zugekehrten Rande des Seitenlappens vereinigt (Fig. I b).

In doppelseitigen Fällen bin ich verschieden vorgegangen:

II. Einmal genau in der oben geschilderten Weise, nur eben doppelseitig (Fig. II a und b): vom Filtrum wird beiderseits ein Zipfel mit oberer Basis abgelöst; dann Umschlagen dieser Zipfel, Einfügen der seitlichen Lappen in die entstehenden Ecken und Naht der Zipfel mit Nasenflügel und Seitenlappen wie oben beschrieben. Vollendung der Operation im unteren Teil nach einer beliebigen Methode.

III. In zwei anderen Fällen, wo das Filtrum besonders schmal war, habe ich es ganz vom Zwischenkiefer nach oben hin abgelöst, median gespalten und die

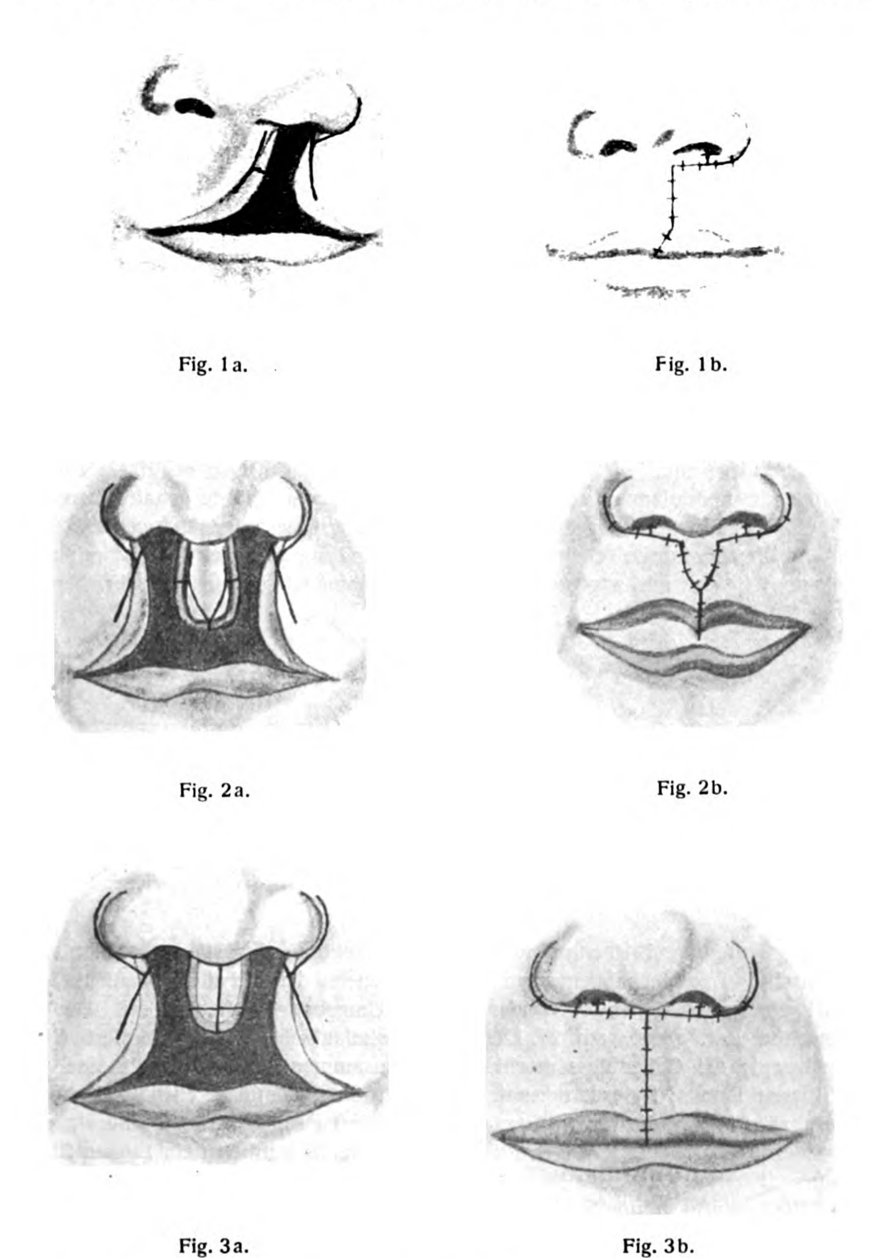


Fig. 1a. Fig. 1b.

Fig. 2a. Fig. 2b.

Fig. 3a. Fig. 3b.

beiden Hälften ganz so behandelt wie oben die Zipfel, nämlich auseinandergebogen und auf die in der Mitte zusammengenähten Seitenlappen hinaufgelegt (Fig. IIIa und b). Besonders die beiden letzteren Fälle sind zunächst kosmetisch recht gut

geworden; allerdings muß ich dahingestellt sein lassen, ob nicht in Zukunft der Mangel eines medianen Filtrums sich unschön bemerkbar machen wird.

Mein Verfahren ist nicht an eine bestimmte Methode der Bildung der Oberlippe gebunden, sondern kann mit beliebigen kombiniert werden; ich bin meist nach Mirault vorgegangen. Bei geeigneter Form des lateralen Spaltrandes kann das Verfahren natürlich auch angewandt werden ohne seitlichen Entspannungsschnitt.

Bezüglich der oben geschilderten III. Methode möchte ich noch der Ansicht Ausdruck geben, daß gerade der vollständige Verzicht auf das Filtrum als Komponente für die Bildung der Oberlippe für die Spannung am eigentlichen Lippenrande günstig ist. Das Zwischenstück reicht doch nie bis unten hin, die eigentliche Lippe muß immer von den Seitenstücken her gebildet werden. Ich könnte mir denken, daß das oben eingeschaltete Zwischenstück geradezu als Keil wirke, der auf den unteren Teil der Naht auseinandertreibend wirkt und die Spannung dieses eigentlichen Lippenteiles verstärkt.

Im ganzen sehe ich die Vorteile meines Verfahrens in verschiedenen Punkten: Die Nasenöffnung wird gut umrandet, die Seitenlappen erhalten in dem durch Aufklappen des medianen Zipfels entstehenden Winkel einen sehr guten Halt, der besonders auch wieder gegen die Retraktion nach oben schützt. Endlich werden die Seitenlappen nicht nur durch die medianen Nähte gehalten, sondern erhalten eine Verstärkung an jenen Zipfeln, die auf sie aufgenäht werden.

Ob das Verfahren schon anderweitig Anwendung gefunden hat, ist mir nicht bekannt; in der mir zugänglichen Literatur habe ich es nicht beschrieben gefunden.

II.

Aus dem Kopenhagener Amtskrankenhaus.
Direktor: Prof. V. Heiberg.

Fall von Cholangiocystostomie.

Von

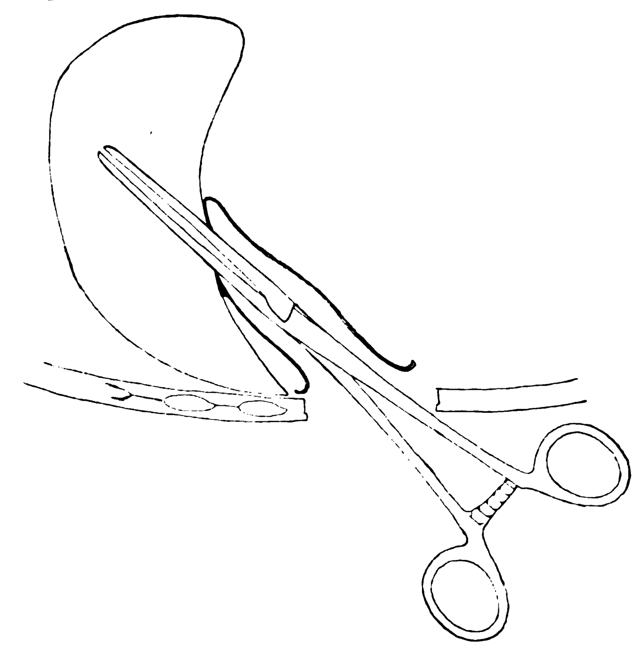
J. E. Lohse.

Im September 1910 wurde ins hiesige Krankenhaus ein 43jähriger Mann stark ikterisch und äußerst abgemagert aufgenommen; es deutete alles darauf hin, daß ein Krebs in den Gallenwegen oder in deren Umgebung vorhanden sei. Der fast komatöse Pat. wurde am 27. IX. unter Lokalanästhesie laparotomiert (Prof. Heiberg); die Gallenblase erschien lang, zusammengefallen, ohne Steine oder fühlbaren Tumor; Pylorus normal. Die geöffnete Gallenblase enthält eine helle, klare, zähe Masse; die Gallengänge sind in scheinbar solide Stränge umgewandelt, in welchen man weder durch Sondierung, noch durch Punktion ein Lumen finden kann.

Weil es also unmöglich ist, der Galle Ablauf durch den D. hepaticus zu verschaffen, entschließt man sich zur Anlegung einer Hepatostomie, die in folgender Weise vollführt wird. Eine lange Zange wird in die Gallenblase und durch deren Adhäsion mit der Leber in letztere so hoch eingebohrt, daß sie durch die konvexe Oberfläche der Leber fühlbar ist; in den solcherweise gebildeten Kanal wird ein dickes Drainrohr hineingeführt, und die Gallenblase wird am untersten Wund-

winkel festgenäht. Die Bauchhöhle wird geschlossen und das Drainrohr mit Heber verbunden. Beim Eingriff fand nur geringe Blutung statt.

Während der ersten 24 Stunden passierte eine unbedeutende Menge Galle durch das Drainrohr; während der zweiten 220 ccm, während der dritten 280 ccm usw. Der Pat. lag während der ersten Tage in komatösem Zustande, erholte sich aber nach und nach. Der Urin wurde heller, enthielt am 14. Tage keine Galle mehr, der Ikterus war verschwunden. 17 Tage nach der Operation hatte der Pat. einen dunklen Stuhlgang, und derselbe hielt sich seitdem gefärbt. Eines Tages fiel das Drainrohr aus der Leber hinaus, und durch digitale Exploration fand man im Lebergewebe eine geräumige Höhlung, in welche das Drainrohr leicht wieder hineingeführt werden konnte.



21. X. wurde der Pat. seinem eigenen Wunsche gemäß entlassen, wird aber 6. XII. wieder aufgenommen; unzweifelhafte Zeichen sind jetzt dafür vorhanden, daß ein bösartiger Tumor sich im rechten Hypochondrium befindet. Pat. ist fetter, nicht ikterisch. Während der letzten Wochen ist keine Galle durch die Fistel passiert.

10. XII. stirbt er plötzlich. Sektion verboten.

Kurz resümiert hat man also bei einem cholämischen Pat. mit Stenose des D. hepato-choledochus (maligne Neubildung) eine Cholangiocystostomie angelegt, die imstande gewesen ist, den Pat. über den gefährlichen cholämischen Zustand hinüberzubringen. Daß im vorliegenden Falle spontan eine Passage der Galle zum Darm entstanden ist, kann diese Annahme nicht ändern und darf solcherweise erklärt werden, daß die erneuerte starke Gallensekretion imstande gewesen ist, die Stenose zu forcieren. Unter anderen Umständen (gutartige Stenose) hätte man später durch eine Cysto-duodenostomie die Galle in den Darm zurückleiten können.

Früher sind zwei Versuche der Behandlung von Cholämie in ähnlicher Richtung

veröffentlicht worden. 1886 operierte Langenbuch[1] einen jungen, stark ikterischen Mann und fand Gallenblase und Gallengänge in steifen Infiltrationen eingekapselt. L. inzidierte dann in der rechten Lumbalgegend unter der XII. Rippe und bohrte von dort extraperitoneal eine Zange in die Leber hinein. Wenige Stunden nachher starb der Pat. Langenbuch rät dazu, künftig »Hepatocholangioenterostomie« zu machen.

Eine solche Operation ist 1904 von Kehr[2] veröffentlicht. Mit Paquelin wurde eine Grube in die Leber gebrannt, das eröffnete Duodenum auf die Ränder der Leberwunde genäht. Die Pat. genas.

Die Cholangiocystostomie hat vor dieser letzteren Operation den Vorteil, leicht und schnell zu sein, was bei den Fällen eine Rolle spielt, wo dieselbe überhaupt verwendbar ist, nämlich als palliative Operation bei Cholämie.

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

192. Sitzung vom 13. Februar 1911.

Vorsitzender: Herr Körte.

Herr E. Ruge: Darmverschluß bei und nach Perityphlitis.

Auf Grund der innerhalb der letzten 20 Jahre im Krankenhaus am Urban beobachteten Perityphlitisfälle gibt R. eine Übersicht über den komplizierenden Darmverschluß, der in 1,8% der Fälle (44 : 2385) beobachtet wurde. R. unterscheidet, je nachdem die Komplikation im direkten Anschluß oder nach mehr oder weniger langer Zeit eintritt, 1) den Früh- und 2) den Spätdarmverschluß. Von ersterem unterscheidet er a. die Atonie bei Perityphlitis (3 Fälle, 2 geh., 1 gest.), b. die Atonie bei Peritonitis (11 Fälle, 5 geh., 6 gest.), c. den Adhäsionsileus bei frischem Abszeß (6 Fälle, 3 geh., 3 gest.). Den letzteren teilt er in a. Verschluß durch flächenhafte Adhäsionen (4 Fälle, 1 geh., 3 gest.), b. durch solide Peritonealstränge (10 Fälle, 7 geh., 3 gest.), c. durch Netzstränge (2 Fälle, 1 geh., 1 gest.), d. durch den an der Spitze adhärenten Wurmfortsatz (6 Fälle, 2 geh., 4 gest.), e. Kompression durch entzündlichen Tumor (1 Fall, 1 geh.), f. Ileocoecalstenose (1 Fall, 1 geh.). Die Prognose des im Verlauf einer Perityphlitis auftretenden Darmverschlusses wird natürlich durch das Mitvorhandensein der Appendicitis, die zudem meist über das Frühstadium hinaus ist, getrübt. Die operativen Eingriffe müssen ausgiebiger sein, die Gefahr der diffusen Peritonitis ist viel größer als bei einfachem Adhäsionsdarmverschluß. Von den Frühfällen gingen 7 an Peritonitis, 1 an Pneumonie, 1 im postoperativen Kollaps, 1 an Inanition nach einer Dünndarmenterostomie zugrunde (50% Mortalität). Bei den Spätfällen ist die Mortalität ebenfalls über 40% (11 : 24), und zwar starben 6 an diffuser Peritonitis, 4 im postoperativen Kollaps, 1 nach Resektion von 2 m gangränösem Darm in der 2. Woche nach der Operation an seinem Alkoholikerherz. Für die Therapie kommt lediglich die sofortige Operation in Betracht; sie hat in allen Fällen, in denen die bestehende oder frühere Perityphlitis als ursächliches Moment in Betracht kommt, in der Beseitigung des verschließenden Momentes zu bestehen. Nicht zu empfehlen ist die Anlegung einer Dünndarmenterostomie, um die Radikaloperation später anzuschließen. Die Enterostomie ist nur in den Fällen frühen Darmverschlusses ausreichend, in denen man sich durch Absuchen des Darmes überzeugt hat, daß keine mechanischen Hindernisse vorliegen; in diesen wirkt sie

[1] C. Langenbuch, Chirurgie der Leber und Gallenblase. Stuttgart 1894.

[2] Kehr, Die Hepato-Cholangio-Enterostomie. Zentralbl. f. Chir. 1904. Nr. 7.

meist günstig; man darf sie nur nicht an zu hohen Dünndarmschlingen anlegen, um den Pat. nicht den Gefahren des starken Säfteverlustes auszusetzen. Als wichtigste Folgerung des Studiums seines Materiales ergibt sich für R., daß das Wichtigste für die Therapie wie bei allen sekundären Erkrankungen der Perityphlitis so auch bei dem Darmverschluß die Prophylaxe ist, die in der Frühoperation besteht. Fast sämtliche Operationen, die dem späteren Darmverschluß vorangingen, fielen in das intermediäre Stadium; in 2 Fällen war wegen Appendicitisrezidivs die Intervalloperation gemacht worden, in 2 Fällen war eine Abszeßinzision, in 2 weiteren eine intermediäre Radikaloperation (im Abszeß), in 2 Fällen eine Exstirpation der Appendix bei Peritonitis voraufgegangen. In 9 Fällen waren schwere und wiederholte leichte Fälle lediglich intern behandelt worden. In dem ganzen Material ist nicht ein im Frühstadium operierter Fall. Allein die Frühoperation vermeidet die Abszeßbildung bzw. die Peritonitis in gewissem Maße, sie gibt die einzige Möglichkeit, ausgedehntere Verwachsungen zu verhindern, sie setzt gegenüber der intermediären Operation nicht nur die Mortalität der Appendicitis als solcher herunter (im Urban von 0,81% auf 0,31%), sondern sie schafft auch die Gefahr der späteren Erkrankung an Darmverschluß völlig fort.

Diskussion: Herr Rotter hat in den letzten 2 Jahren 22 Fälle erlebt. Während des akuten Anfalls kamen 2 Fälle mit paralytischem Ileus zur Beobachtung, bei denen bei der Sektion eine Abknickung des Darmes gefunden wurde; solche Fälle lassen sich nicht diagnostizieren, weil der paralytische Ileus keine für den mechanischen Ileus charakteristischen Symptome aufkommen läßt. 5 Fälle sind kurz nach dem Abklingen der diffusen Peritonitis entstanden, die gespült worden waren und bei denen die Darmparalyse zurückgegangen war; es wurden Darmsteifungen beobachtet. Die Operation ergab 3mal eine Abknickung des Darmes, 2mal im oberen, 1mal im unteren Dünndarm, ohne daß eine Verwachsung festgestellt werden konnte. Im letzteren Falle hatte sich gegen den durch das kurze Mesenterium fixierten Darm der höher gelegene stark geblähte Dünndarm abgeknickt. In anderen Fällen knicken sich beim Ablaufen des paralytischen Ileus kontraktionsfähig gewordene Teile gegen höher gelegene paralytische ab. In den beiden übrigen Fällen wurde bei der Operation eine durch Verwachsungen und Stränge bedingte Abknickung am untersten Ileum gefunden, dort, wo das Douglasdrain gelegen hatte. Die Operationsresultate waren ungünstig; 3—8 Tage nach der ersten Operation mußte wegen Ileus relaparotomiert werden, es mußte eventriert und die Darmschlingen mit dem Trokar entleert werden, einmal unter Anlegung einer Witzel'schen Fistel; Exitus let. $^1/_2$—1—2 Tage nach dem Eingriff, 1 Fall kam durch, der 17 Tage nach der primären Operation relaparotomiert wurde. — Im akuten Stadium bei Abszessen wurden 6 Fälle von Ileus beobachtet, 2 inkomplette heilten spontan, 4 komplette heilten, 2 nach einfacher Inzision, 2 nach Auswischen der Abszesse und Lösung der Darmschlingen aus den Verklebungen. — Außerhalb des akuten Stadiums wurden 8 Ileusfälle behandelt; bei 5 Fällen schlossen sich die Symptome direkt an den akuten Anfall und führten bei 2 Fällen schon nach 2 bzw. 4 Wochen zum kompletten Ileus; um einen Granulationsherd, dem die kranke Appendix anlag, waren eine Reihe Dünndarmschlingen verwachsen; sie wurden bei der Entfernung der Appendix gelöst und Heilung per primam erzielt. Im dritten Falle, operierte diffuse Peritonitis mit Douglasdrainage, steigerte sich die Darmstenose binnen 3 Monaten zum Ileus; Pat. wurde moribund eingeliefert. Die Sektion ergab Verwachsungen und Stränge dicht über der Bauhin'schen Klappe als Ursache. Bei den letzten beiden Fällen hatten sich in einem Konvolut Dünndarmschlingen feste Verwachsungen gebildet,

die nach 4 bzw. 6 Monaten einmal inkompletten, das andere Mal kompletten Ileus erzeugten; in einem Falle gelang eine vollkommene Lösung bei der Operation nicht; Pat. starb nach einigen Wochen; im anderen Falle gelang die Lösung, es wurde aber wegen Darmperforation an der Abknickungsstelle eine Darmresektion nötig; die Pat. starb bald nach dem langdauernden Eingriff. — Endlich kamen 3 Fälle $1/2$, $1/2$ und 4 Jahre nach dem Anfall wegen Ileus durch Strangabknickung zur Operation, einmal in der Mitte des Dünndarms, zweimal über der Bauhin-schen Klappe; sie sind alle geheilt. — Ein Fall bot eine Kombination von alter Strangabknickung mit akuter Appendicitis dar; ein Strang klemmte 15 cm über der Bauhin'schen Klappe das Ileum ab; um diesen Strang war ein Konglomerat von Dünndarmschlingen herumgeschlagen; Pat. starb an diffuser Peritonitis, bedingt durch die zufällig gleichzeitig aufgetretene Appendicitis gangraenosa.

Herr Sonnenburg verweist auf die Formen von Atonie nach Laparotomien, die bis zum postoperativen Ileus führen; sie sind zum Teil wohl auf ein mechanisches Hindernis (Adhäsionen) zurückzuführen, zum Teil aber auf nervöse Einflüsse, also ein mechanischer und ein dynamischer Ileus. Auch bei extraperitonealen Operationen (Nierenoperationen) kann eine solche Atonie auftreten. Unzweifelhaft ist ein Teil der Fälle durch Infektion, vielleicht auch durch Toxinwirkung vom Darm aus bedingt. Es gehören ferner hierher die Fälle von lokaler Paralyse: Magen- und Coecumblähungen. Sie sind nicht immer von schlechter Prognose, sie gehen oft nach 1—2 Tagen, manchmal auf Abführmittel zurück.

Herr Federmann berichtet einige Fälle, bei denen er das Auftreten des Ileus nach der Frühoperation der akuten Appendicitis auf die Anwendung von Drains und Tampons zurückführt. Er meint, man solle die Drainage so kurz machen, daß sie nicht in den Douglas hineinführt.

Herr Körte bemerkt, daß immer Adhäsionen zurückbleiben werden, wenn man im Stadium der akuten Peritonitis gezwungen ist, zu operieren; denn die entzündeten Serosaflächen haben die Neigung zu verkleben. Allerdings wächst die Möglichkeit der Strangbildung, wenn ausgiebig mit Gaze tamponiert wird oder Rohre lange liegen bleiben. Es kommt darauf an, so früh zu operieren, daß noch keine ausgedehnte Peritonitis eingesetzt hat. Es gibt noch eine bisher nicht erwähnte Art von Ileus, die sich in Bauchbrüchen entwickelt, welche nach der Operation eitriger Blinddarmentzündung entstanden sind. K. hat in den letzten Monaten drei eingeklemmte Bauchbrüche, die alle brandig waren, in Behandlung bekommen.

Herr Riese hat kürzlich einen ebensolchen Fall operiert, wie ihn Herr Körte zuletzt erwähnte; der Darm war in einer Tasche des Bruchsackes eingeklemmt. Resektion des Darmes, Heilung.

Herr Körte: Ausgedehnte Thoraxresektion wegen tuberkulöser Empyemhöhlen.

Dem ersten Pat. ist Januar 1902 wegen eines seit 3 Monaten bestehenden tuberkulösen Empyems die II.—IX. Rippe rechts vom Sternalrand bis zum Rippenwinkel reseziert worden; Abtragung der dicken Pleuraschwarte, drei Längseinschnitte in die Lungenpleura. Die Lunge hat sich jedoch nicht ausgedehnt, nur der Oberlappen ist lufthaltig. Völlige Heilung. Vorstellung des kräftigen, gesund aussehenden Pat.; der rechte Arm ist kräftig und frei beweglich. Der zweite Pat. ist erst im April 1910 in gleicher Weise operiert, nachdem er im Oktober 1909 erkrankt und ihm im Dezember 1909 und im Februar 1910 zwei Rippen reseziert waren, ohne daß die Lunge sich wieder ausdehnte. Im November 1910 war eine Nach-

operation, die Loslösung und Entfaltung des aufgerollten Hautmuskellappens und die Naht desselben, erforderlich. Es bestehen zurzeit noch zwei Fisteln, die wenig Eiter absondern. Völlige Ausheilung ist zu erwarten; Pat. hat sich erholt, hustet nicht mehr.

Diskussion. Herr Bier empfiehlt für die sehr hoch hinaufgehenden Thorakoplastiken besonders bei schwer tuberkulösen Pat. folgendes Verfahren: Nach Bildung eines großen Haut-Muskellappens schneidet er nach genügend großer Rippenresektion ein Loch in der Pleura, gerade groß genug, um die Hand einzuführen. Unter Leitung dieser Hand sägt er mit einer Fuchsschwanzsäge mit einem Zuge Rippen, Pleura, Schwarten, Interkostalarterien, Muskeln bis oben hin durch. Man wird natürlich zunächst hinten an der Grenze der Empyemhöhle durchschneiden. Was durchsägt ist, wird durch die eingeführte Hand in die Höhe gehoben. Man kann die Operation so in wenigen Minuten beenden, was bei den sehr geschwächten Pat. von Wichtigkeit ist; sie ist ferner sehr unblutig, weil die grobe Säge die Gefäße so durchreißt, daß sie nicht oder unbedeutend bluten. — Mit der Delorme'schen Operation kam B. — abgesehen von einem Falle — niemals zum Ziel.

Herr Körte hat es noch nie beobachtet, daß sich nach der Delorme'schen Inzision die Lunge wieder ausgedehnt hat.

Herr Körte: Vorstellung zweier Pat., die wegen Lungenabszeß und -Gangrän mittels Pneumotomie operiert und geheilt sind. Der erste, ein 25jähriger Mann, war im Februar 1906 nach Wasserschlucken beim Tauchen plötzlich an rechtseitiger Lungenentzündung mit eitrigem übelriechenden Auswurf erkrankt. Der Abszeß wurde vorn im rechten Unterlappen zwischen IV. und VI. Rippe gefunden; es wurden dort auch nach Rippenresektion und Absteppungsnaht der Pleura in der Tiefe von $1^1/_2$ cm mittels Thermokauters zwei fetzige Höhlen mit Lungensequestern eröffnet, die durch Umstechung und Trennung der Zwischenwand vereinigt wurden. Die Blutung war mäßig, wurde durch Umstechung gestillt. Schnelle Heilung. $^1/_2$ Jahr später trat nach einer Erkältung von neuem eitriger, übelriechender Auswurf auf; es wurde eine Pneumotomie in der alten Narbe notwendig, jedoch keine größere Höhle gefunden; erst nach 13 Tagen brach der Eiter in die durch Tamponade offen gehaltene Wunde durch. Heilung. Nach völligem Wohlbefinden erkrankte Pat. im August 1907 an einer bedrohlichen arteriellen Lungenblutung; die Blutung stand nach mehrfacher Wiederholung spontan. Pat. ist jetzt gesund und kräftig. — Der zweite Pat., ein 25jähriger Mann, war im August 1909 an akuter Lungenentzündung mit Ausgang in putride Erweichung erkrankt. Er entschloß sich erst im Mai 1910 nach einer vergeblichen Kur im Süden zur Operation. Es bestanden in der vorderen Partie der rechten Lunge Verdichtung und Höhlensymptome im Bereich der III. Rippe. Nach Ablösung eines großen Haut-Muskellappens und Resektion der II.—V. Rippe Jodoformgazetamponade der Pleura, weil die Absteppungsnaht wegen Durchschneidens der Fäden nicht gelang. Nach 6 Tagen wurde im Bereich der II. und III. Rippe eine Eiterhöhle mit vielen Nebenverzweigungen freigelegt und unter mehrfachen Umstechungen möglichst erweitert. Die Lungenhöhle wurde durch Tamponade möglichst lange offen gehalten. 3 Monate später Plastik; der aufgerollte Haut-Muskellappen wurde entfaltet und über die Wunde gedeckt. Die Lungenfistel schloß sich schnell. Im Dezember 1910 nach einer Erkältung noch einmal schnell vorübergehend eitriger Auswurf. Seitdem ist Pat. gesund und frei von Husten und Auswurf. Die beiden Fälle wurden ohne Druckdifferenzverfahren operiert.

Herr Körte: Enchondrom des Beckens, von der Symphyse ausgehend, teilweis erweicht.

Der 43jährige Pat. kam mit dem mannskopfgroßen, das Becken ausfüllenden und nach oben bis zum Nabel reichenden Tumor vor 1 Jahre zur Operation. Bogenschnitt oberhalb der Symphyse mit Durchtrennung der Recti unter Schonung der Vasa epigastrica. Ein Stück Peritoneum, das am Tumor festsitzt, muß reseziert werden. Beim stumpfen Lösen des Tumors reißt die Blase ein. Vorn wird der Tumor von der Symphyse abgemeißelt. Nach Entfernung des Tumors Blasennaht, Dauerkatheter. Naht der Bauchdecken bis auf eine Drainstelle rechts und links. Eine Herzschwäche am 4. Tage nach der Operation übersteht Pat. nach Digaleninjektion und Kochsalzinfusion. In der Nacht vom 8.—9. Tage platzte die Bauchwunde beim Husten; Naht mit versenkten Draht- und Zwirnnähten. Die Blasennaht hatte gehalten. Nach einigen Wochen stellte sich Fadeneiterung ein, und es mußten alle versenkten Nähte entfernt werden. Jetzt ist alles verheilt, alle Funktionen sind normal, Pat. ist arbeitsfähig.

Herr Körte: Dreifacher Leberabszeß nach Dysenterie.

Bei dem jetzt 34jährigen Pat., der im Juli 1901 in Peking an chronischer Dysenterie erkrankte und bis zum Jahre 1907 wiederholt an Fieberanfällen gelitten hatte, hat K. zuerst im Dezember 1907 einen Abszeß des linken Leberlappens entleert, der unter Drainage schnell ausheilte. Nach 2jährigem Wohlbefinden stellte sich wieder Fieber und Schmerz im Epigastrium ein, Entleerung eines Abszesses des Lobus quadratus. $^1/_2$ Jahr später von neuem Fieber und Leberschmerzen, Entleerung eines Abszesses des rechten Leberlappens nahe dem Rande, der wieder in 14 Tagen ausheilte. Amöben wurden nicht gefunden, nur Eiterkokken in geringer Menge. Dysenterische Erscheinungen bestanden seit langem nicht mehr.

Diskussion: Herr Israel teilt zur Frage der langen Latenz der Leberabszesse eine Beobachtung mit, einen Herrn betreffend, der lange Zeit am Kongo gelebt und seines Wissens nie Dysenterie oder verwandte Krankheiten gehabt hatte und 7 Jahre nach seiner Rückkehr vom Kongo einen Leberabszeß bekam, den I. operiert und geheilt hat. Innerhalb der 7 Jahre waren nur im letzten Jahre Beschwerden vorhanden.

Derselbe: Demonstration einer Pankreascyste, die K. mit gutem Erfolge durch Exstirpation entfernt hat, nachdem mehrfach vorher ausgeführte Operationen mit Einnähung und Drainage der Cysten erfolglos gewesen waren. Im Gegensatz zu den gewöhnlichen Pseudocysten handelte es sich im vorliegenden Falle um eine wahre mehrkammerige Cyste.

Herr Brentano: Struma aberrata linguae mit Drüsenmetastasen.

Bei einer 42jährigen Frau mit einer nicht kropfig veränderten Schilddrüse war vor 9 Jahren eine kleine Geschwulst aus der vorderen linken Zungenseite entfernt; 2 Jahre später Entfernung von Drüsen aus der rechten Submaxillargegend, bald darauf Rezidiv in der Zunge und den linken Halsdrüsen. Im Juli 1910 bestanden links ein zweifaustgroßes Drüsenpaket, kleinere Drüsen in rechter Submaxillargegend und in der Mitte der linken Zungenhälfte ein elastischer, gut abgegrenzter Tumor in der Substanz der Zunge, der bläulich durchschimmerte. Zunächst Entfernung von linkseitigen Halsdrüsen, 3 Wochen später Exzision des Zungentumors und der rechtseitigen Drüsen. Die Pat. ist jetzt gesund und

frei von Rezidiven. Die Drüsentumoren zeigten das Bild einer teils parenchymatösen, teils gelatinösen Struma mit fibrösen und hämorrhagischen Veränderungen. Der Zungentumor zeigte mikroskopisch ebenfalls strumösen Bau. Es handelte sich also um eine Struma maligna, deren Ausgangspunkt sich nicht sicher feststellen läßt. Da die Schilddrüse selbst anscheinend normal ist, kann es sich nur um maligne Degeneration einer sog. lateralen Struma oder um Drüsenmetastasen einer aberrierten Zungenstruma mit ungewöhnlichem Sitz gehandelt haben. Für letztere Annahme spricht Anamnese und Verlauf.

Derselbe: 2) Zur vaginalen Exzision von Uretersteinen.

Bei einer 57jährigen Frau, die seit 2 Jahren an linkseitigen Nierenkoliken litt, ergab die Röntgenaufnahme einen kleinfingerdicken, ebenso langen Schatten im kleinen Becken links neben der Blase. Die Palpation ergab dort ein walnußgroßes, sehr druckempfindliches Infiltrat und die Cystoskopie an Stelle der linken Harnleitermündung eine Ulzeration, in der die Spitze eines Konkrements zu stecken schien. Operation: Es wurde von der Vagina aus ein $2^1/_2$ cm langer Stein entfernt, der zwei renalwärts gerichtete Facetten trug; ein auf eine dieser Facetten passendes Konkrement wird noch mit entfernt, vom zweiten ist nichts zu sehen und zu fühlen. Naht der Harnleiter-Scheidenwunde in zwei Etagen; 9 Tage später schwerer Kolikanfall mit hohem Fieber und linkseitigen Schmerzen. Kurz darauf wurde durch Cystoskopie in der Blase ein 4 cm langer walzenförmiger Stein entdeckt und durch Sectio alta entfernt. Im Anschluß an den Kolikanfall entstand eine Harnleiter-Scheidenfistel, so daß man annehmen muß, der Durchtritt des zweiten Steines hat die Harnleiternaht gesprengt. Verschluß der Fistel durch zwei weitere Eingriffe. Die Pat. ist jetzt frei von Beschwerden und hat fast klaren Urin. Cystoskopisch sieht man links eine normale Harnleiteröffnung und darüber ein bleistiftstarkes Loch, von dem aus der Katheter bis ins Nierenbecken geschoben werden kann. B. resümiert dahin, daß auch für die per vaginam fühlbaren Harnleitersteine der extraperitoneale abdominale Schnitt vorzuziehen ist, weil bei der vaginalen Exzision leicht Steine in höheren Harnleiterabschnitten übersehen werden. Weiter zeigt der Fall, daß größere Steine auch durch Perforation der Blasenwand abseits der Harnleitermündung in die Blase gelangen.

Diskussion: Herr Israel: Die Einkeilung der Harnleitersteine an der von Brentano bezeichneten Stelle hält I. nicht für sehr selten. Wenn man bei den über Nierenkoliken klagenden Frauen vaginal untersucht, wird man juxtavesikale Harnleitersteine nicht ganz selten fühlen. Von den vaginalen Operationen ist I. ganz abgekommen. Er hat zahlreiche Fälle mit einem Schnitt oberhalb und parallel dem Lig. Pouparti operiert; in den meisten Fällen gelingt es nach Ablösung des Peritoneums ohne Leitung des Auges, den Stein zu fühlen und ihn nierenwärts zu verdrängen, so daß man ihn in das Niveau der Wunde bekommt. Es gibt auch Fälle, wo das nicht möglich ist, wo man in situ den Harnleiter öffnen muß; auch dann kann man meist die Harnleiterwunde nähen. Die Fälle, in denen man keine Naht anlegen konnte, heilen auch, falls unterhalb kein zweiter Stein mehr vorhanden ist. I. erwähnt noch, daß bei einer Dame, bei der er von der Vagina einen Harnleiterstein mit dauerndem Erfolg operiert hat, 5 Jahre später an der Narbe ein Karzinom entstanden ist, dem sie erlegen ist.

Herr Ulrichs: Hernia pectinea.

U. stellt einen Fall von Hernia pectinea vor, geheilt durch Herniotomie. Es handelte sich um eine 45jährige Frau, die seit 3 Tagen an Ileussymptomen und

einer geringen Schwellung der Vorderfläche des rechten Oberschenkels erkrankt war. Einen Bruch hatte sie früher nie bemerkt, auch kein Bruchband getragen. Der rechte Oberschenkel zeigt eine ganz flache Vorwölbung in der Fossa ovalis. Schenkelring ohne Besonderheiten. Stuhlgang auch mit hohen Eingießungen nicht zu erzielen. Die Diagnose wurde auf tiefliegenden Bruch, Hernia pectinea oder H. obturatoria, gestellt. Bei der Operation (Geh.-R. Körte) wurde die Bruchgeschwulst erst durch Spaltung der Fascia pectinea freigelegt. Sie liegt im M. pectin. und geht lateralwärts bis hinter die Gefäße. Im Bruchsack Netz und Dünndarm, der sich erholt. Reposition. Bruchpfortennaht. Glatter Wundverlauf. Heilung.

U. bespricht die Anatomie der H. pectinea, besonders ihr Verhalten zur Fascia pectinea, auch unter Berücksichtigung von Untersuchungen an der Leiche, ferner ihre Lage zum Schenkelring und den Femoralgefäßen und die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten der Diagnose und gibt eine kurze Übersicht über die bisher bekannt gewordenen Fälle.

Herr Schulz: Abriß der Ligamenta cruciata.

S. stellt einen Pat. vor mit Ausreißung des Lig. cruc. post. and Absprengung zweier Knochenstücke von der Eminentia intercondyl. post.; das eine lag frei im Gelenk, das andere haftete noch fest am Lig. cruc.

Auf dem Röntgenbild war zwischen den hinteren Hälften der Femurkondylen, frei im Gelenk, ein Knochenstück zu erkennen; deswegen Arthrotomie und, weil das Lig. cruc. post. an der Tibia keinen genügenden Halt mehr hatte, Resektion des hinteren Kreuzbandes.

Ein seltenes Symptom wird am Pat. demonstriert. Es besteht die Möglichkeit bei leicht gebeugtem Knie und Entspannung der Muskeln den Unterschenkel gegen den Oberschenkel nach hinten zu verschieben; dies Symptom ist für die Verletzung besonders charakteristisch.

Herr Kohts: a. Knochencyste.

K. stellt einen operativ geheilten Fall von Spontanfraktur durch Knochencyste des linken Oberschenkels vor:

Spontanfraktur anfangs April 1910. Da keine Konsolidation eintrat, Freilegung der im Röntgenbild deutlichen Cyste von der Außenseite.

Vom oberen und unteren Fragmente der Cyste wurden je 2 cm weggenommen. Der schwammig-sanguinolente Cysteninhalt wurde mit dem scharfen Löffel entfernt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Ostitis fibrosa. Vereinigung der Femurfragmente durch Silberdraht. An der Vorderseite zur Verstärkung ein starker Knochenbolzen eingebunden.

Glatte Heilung mit 4 cm Verkürzung.

Pat. ist heute nach 8 Monaten beschwerdefrei und arbeitsfähig.

Herr Kohts: b. Unterbindung der Vena cava.

K. stellt einen geheilten Fall von Unterbindung der Vena cava bei Nephrektomie wegen Pyelitis calculosa dextra vor.

Operation am 27. IV. 1909. Freilegung der rechten Niere durch Flankenschnitt (retroperitoneal). Niere und Gefäßstiel lagen in schwieligem Gewebe. Der Gefäßstiel ging sehr weit nach oben ab; die Isolation der Gefäße war schwierig. Beim Abklemmen der Gefäße wurde eine Falte der V. cava mitgefaßt. Nach

Durchtrennung des Gefäßstieles zog sich der mitgefaßte V. cava-Zipfel heraus. Profuse Blutung aus dem V. cava-Riß. Die Naht wurde versucht, sie gelang nicht wegen Brüchigkeit der Gefäßwand. Daher Ligatur der V. cava peripher und zentralwärts vom Riß unterhalb der linken Nierenvene. Keine nennenswerten Zirkulationsstörungen. Glatte Heilung nach Thrombophlebitis beider Beine. Jetzt, nach $1^1/_2$ Jahren, ist Pat. ganz beschwerdefrei: abends und nach längerem Stehen geringes Anschwellen der Beine.

Diskussion: Herr Sonnenburg berichtet über einen Fall, den er als Assistent von Lücke mitbeobachtet hat. Unter ähnlichen Verhältnissen riß die Niere vor Unterbindung des Stieles ab. Man bemühte sich vergeblich, in dem großen Blutsee mit Klammern an die Öffnung in der Vena cava zu gelangen. Durch Kompression war es nicht möglich, auch nur für einen Augenblick einen Blick in die Tiefe zu werfen. Plötzlich stand die Blutung; Pat. kam nach Tamponade der Wunde lebend vom Tisch, starb aber am nächsten Tag. Bei der Sektion fand sich ein im Schlitz der Vene reitender Thrombus.

Herr Israel hat viermal die Vena cava unabsichtlich verletzt, zwei Pat. sind an Anämie gestorben, obgleich die Blutung zum Stehen gekommen war, einmal nach Unterbindung, das andere Mal durch Klemmzange; zwei sind durchgekommen nach Anlegung von wandständigen Klemmzangen. Die Naht ist zweifellos das beste, aber innerhalb des schwarzen Blutsees ist sie manchmal nicht möglich, weil eine Kompression der Vene oberhalb und unterhalb der verletzten Stelle nur unter besonders günstigen Verhältnissen ausführbar ist. Am leichtesten passieren die unabsichtlichen Verletzungen, wenn die Vene eng mit der Wand einer Nierengeschwulst verwachsen ist und bei der Herausnahme derselben so angespannt wird, daß sie blutleer wird und als Gefäß nicht erkannt werden kann. Außerdem hat I. die Vene einige Male absichtlich verletzen müssen; in diesen Fällen auf die man vorbereitet ist, näht man selbstverständlich die Venenwunde.

Herr Körte hat vor 3 Jahren noch einen Fall von Verletzung der Vena cava bei Auslösung einer tuberkulösen Niere, die sehr lange geeitert hatte, erlebt bei Trennung der sehr dicken Schwarten am Hilus. Es hat damals Klammern angelegt und tamponiert. Der sehr elende Pat. starb an den Folgen der Blutung.

Herr Riese konnte in den Fällen, die er erlebt hat, die Blutung durch Naht stillen; es handelte sich um Hypernephromoperationen, bei denen er mittels Längsschnitt laparotomiert hatte; das Gefäß war zu übersehen und ließ sich oben und unten komprimieren. Die Fälle sind durchgekommen.

Herr Bier konnte bei zwei Fällen glatt nähen; es blutete zuerst aus den Stichkanälen, doch stand die Blutung nach Aufdrücken eines Tampons.

Herr Körte: In seinem Falle waren es nicht die Stichkanäle, die geblutet haben, sondern die Nähte rissen aus, und das Loch war schließlich größer als vorher; deshalb mußte er unterbinden.

Herr Israel: Vor allem darf der Riß nicht zu hoch liegen, so daß man oberhalb komprimieren kann. Kann man nicht oberhalb und unterhalb komprimieren, so kann man nicht nähen.

Herr Bier: Man braucht bei der Venennaht die Vene nicht immer oberhalb und unterhalb zu komprimieren. Man kann am oberen und unteren Ende des Risses die Vene mit je einem Schieber fassen und das Loch so lang ziehen, daß Intima auf Intima liegt, ohne daß es blutet. Wenn die Risse nicht allzu lang sind, geht es ausgezeichnet. Ohne Pinzette kann man dann die Naht an dem Venenloch, das ein Assistent an den Schiebern gespannt hält, ausführen.

Herr Israel: Um die Naht so auszuführen, muß man sich den Riß zu Gesicht

bringen können. Meist aber strömt in einer Sekunde ein See von Blut in die Wunde, so daß keine Möglichkeit ist, die Venenwunde lang genug zur Ansicht zu bringen.

Herr Körte: Auf die anatomischen Verhältnisse wird Herr Kohts in einer Arbeit in Langenbeck's Archiv ausführlich eingehen. Bei der Unterbindung kommt es offenbar darauf an, ob die Vene der anderen Niere weiter zentralwärts abgeht von der Vena cava, so daß die restierende Niere weiter arbeiten kann; das war offenbar bei der vorgestellte Pat. der Fall Bei der Operation war es K. nicht möglich gewesen, sich über den Abgang der linken Nierenvene zu orientieren.

Richard Wolff (Berlin).

---

2) **Wullstein (Halle) und Wilms (Heidelberg).** Lehrbuch der Chirurgie. 2. Aufl. Jena, G. Fischer, 1910.

Die zweite Auflage ist so rasch notwendig geworden, daß für größere Änderungen keine Zeit blieb. Indessen ist doch manche Ergänzung zugefügt worden, die das Buch in seinem didaktischen Werte hebt. Wenn auch für eine dritte Auflage noch dies und jenes auszugleichen und zu verbessern bleibt, so darf dieses moderne chirurgische Lehrbuch doch in erster Linie den Studierenden empfohlen werden.

Garrè (Bonn).

---

3) **Payr und Küttner.** Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. II. Bd. 561 S. mit 131 Textabbild. u. 9 Tafeln. Berlin, Julius Springer, 1911.

Schnell ist dem ersten Bande der »Ergebnisse (vgl. Referat Zentralblatt 1910, Nr. 44) der zweite Band gefolgt, und zwar mit 13 zum Teil sehr umfangreichen Bearbeitungen. Die Herausgeber sind ihrem Plane treu geblieben und wählten zum großen Teil Mitarbeiter, die mit ihrem Kapitel durch eigene Schöpfungen oder durch langjährige Spezialerfahrungen aufs innigste vertraut waren und die daher durch persönliche Beobachtungen zur kritischen Sichtung berufen erscheinen.

Wiederum erfreut die Vielseitigkeit der Themata, und in willkommener Auswahl finden wir hochmoderne Fragen erörtert, die, eine Frucht der allerletzten Jahre, zum Teil in den Lehrbüchern noch gar nicht enthalten sind und die rasch so große Bedeutung gewonnen haben, daß der Chirurg sie gut kennen muß (auf diesen Gebieten bilden die »Ergebnisse« geradezu eine Ergänzung unserer Lehrbücher); — andererseits werden ältere Besitzgebiete unserer Kunst und Wissenschaft behandelt, bei denen die Gefahr vorliegt, daß im Tagesstreit um Kleinigkeiten die leitenden Gesichtspunkte und die feststehenden Ergebnisse verdunkelt werden, und bei denen es daher besonders erwünscht erscheint, einmal nach jahrelanger Arbeit Umschau zu halten. Gerade in dieser Beziehung stellen einige Arbeiten (z. B. Lange) bei sehr erwünschter Knappheit der Darstellung geradezu glänzende Resümee dar.

Weit mehr, als im ersten Bande, ist im zweiten vom Kleindruck Gebrauch gemacht. Dies war erforderlich, da einige Autoren sehr große systematische Bearbeitungen gebracht haben, die an Umfang und Inhalt über den Rahmen eines Referates hinausgreifen. Zwar haben diese ungemein gründlichen Arbeiten den wissenschaftlichen Wert des Buches gewiß erhöht, aber sie erschweren die praktische Verwendbarkeit; hier hätte ohne Verlust für das Ganze manches gekürzt werden

dürfen, sonst kommt der Leser in Versuchung, sich mit der Kenntnisnahme der Schlußsätze zu begnügen.

Wieder sind viele gute Abbildungen dem Text beigegeben.

Alles in allem darf man mit dem rasch wachsenden, großen Werke sehr zufrieden sein, und es darf in keiner Bibliothek eines modernen Chirurgen fehlen.

Der zweite Band enthält folgende Arbeiten:

I. Lange: Die Sehnenverpflanzung (8 Bilder).
II. Tietze: Die Knochencysten (5 Bilder, 4 Tafeln).
III. Levy: Die neuropathischen Knochen- und Gelenkerkrankungen (5 Bilder, 2 Tafeln).
IV. Baruch: Der heutige Stand der Bier'schen Stauungshyperämiebehandlung (1 Bild).
V. Borchardt: Diagnostik und Therapie der Geschwulstbildungen in der hinteren Schädelgrube (14 Bilder).
VI. Foerster: Die Behandlung spastischer Lähmungen durch Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln (11 Bilder).
VII. Melchior: Das Ulcus duodeni.
VIII. Weil: Die akute freie Peritonitis.
IX. v. Brunn: Was wissen wir von der Ätiologie der Appendicitis und den Ursachen ihres gehäuften Auftretens?
X. Enderlen: Die Blasenektopie (12 Bilder).
XI. Gottstein: Der heutige Stand der funktionellen Nierendiagnostik.
XII. Drehmann: Die Coxa vara (32 Bilder und 3 Tafeln).
XIII. Ritter: Die modernen Bestrebungen zur Verbesserung der Amputationstechnik (43 Bilder).

Schmieden (Berlin).

---

4) **Deutsches Arzneibuch.** 5. Ausgabe 1910. XXXVIII u. 680 S. Berlin, R. v. Decker's Verlag, 1910.

Während 33 Mittel wegfielen, traten 77 hinzu. Für den Chirurgen sind folgende Mittel des Arzneibuches 1910 besonders wichtig (wobei die Neuerungen gesperrt gedruckt sind): Äther (einschl. Narkosenäther), Aether chloratus, Anästhesin, Argentum colloidale (Collargolum), Chloroformium (einschl. Narkosenchloroform), an dessen Reinheit besondere Anforderungen gestellt werden), Collemplastrum adhaesivum (Kautschukheftpflaster), Collemplastrum Zinci (Zinkkautschukpflaster), Eukain B, Hexamethylentetraminum (Urotropin), Hydrogenium peroxydatum solutum (3%ige Wasserstoffsuperoxydlösung), Liquor Aluminii acetico-tartarici (haltbar, 45%ig), Liquor cresoli saponatus (enthaltend annähernd 50% rohes Kresol), Novokain, Pastilli Hydrargyri bichlorati (Sublimatpastillen in besonderer Verpackung), Scopolaminum hydrobromicum (das auch abzugeben ist, wenn Hyoscinum hydrobromicum verordnet wird), Serum antitetanicum (mit Kennzeichen der Reinheit und Beschreibung der einzelnen Füllungen), Solutio Natrii chlorati physiologica (8% Natriumchlorid, 0,15% Natriumkarbonat; nur keimfrei abzugeben), Spiritus Saponis kalini, Spiritus saponatus, Stovaine, Suprarenin hydrochloricum (»das salzsaure Salz des gefäßverengenden Bestandteils der Nebenniere«; aus dieser oder synthetisch hergestellt; auch als Adrenalin, Paranephrin, Epinephrin, Epirenan; in Form sterilisierter Lösungen, die mit einem Konservierungsmittel versetzt sind; nicht abzugeben, wenn die Lösung rot oder trübe geworden ist; vor Licht geschützt auf-

zubewahren), Tela depurata (Verbandmull), Tinctura Jodi (Jod 1, Weingeist 9), Tropacocainum hydrochloricum, Unguentum Argenti colloidalis.

Aus der Beschreibung der einzelnen Mittel kann sich auch der Arzt leichter als bisher über deren Gehalt, Zusammensetzung und Reinheitsgrad unterrichten.

Georg Schmidt (Berlin).

---

5) F. Micheli und F. Cattoretti. Über die Meiostagminreaktion. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 44.)

6) G. Kelling. Untersuchungen über die praktische Bedeutung der Meiostagminreaktion von Ascoli bei malignen Geschwülsten des Verdauungstraktus und vergleichende Untersuchungen über die Meiostagminreaktion und die heterolytische Blutkörperchenreaktion. (Ibid. 1911. Nr. 3.)

Die italienischen Autoren haben die Reaktion an 50 Fällen, hauptsächlich bösartigen Geschwülsten, geprüft und in 90% ein positives Resultat gehabt. Kontrollversuche fielen negativ aus. Sie gehen dann noch kurz auf die Anwendung der Reaktion bei anderen Erkrankungen und auf die Theorien ihres Mechanismus ein. Literatur.

K. hält die neue Reaktion ebenfalls für hochgradig spezifisch, wenn man gewisse, näher beschriebene Vorsichtsmaßregeln bei der Einstellung beobachtet. Sie gibt in ungefähr 50% von Krebsen positives Resultat, die Fehlerquelle beträgt nur 3,5%. Auch zur Frühdiagnose ist sie mit verwendbar. Bei Vergleichen mit Verf.'s Hühnerblutkörperchenreaktion, bei der er jetzt noch eine neue Probe III anwendet, zeigte sich, daß letztere durch die Meiostagminreaktion nicht überflüssig geworden ist, daß sich vielmehr beide ergänzen und zusammen bei 80% positiven Resultaten etwa $7^1/_2$% Fehler aufweisen. In einer Tabelle bringt K. 130 solche Vergleichsuntersuchungen.

Renner (Breslau).

---

7) R. Grashey. Röntgenoskopische Operationen im taghellen Raum. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXX. Hft. 1. Festschrift für Angerer.)

Der von dem Verf. zu diesem Zwecke konstruierte Apparat ist ein Operationskryptoskop. Er besteht aus einem abgestutzten Hohlkegel, dessen Wand für Licht undurchlässig und dessen Basis durch einen Baryumplatincyanürschirm verschlossen ist. Die kleinere freie Öffnung des Hohlkegels wird lichtdicht an das eine Auge des Operateurs angepaßt. In seiner Stellung wird der Apparat durch zwei federnde Metallbügel — ähnlich denen eines Stirnspiegels — am Kopfe festgehalten. Die Grundlage der Methode ist nun, daß die beiden Augen des Operateurs während röntgenoskopischer Operationen unabhängig voneinander arbeiten. Das eine Auge dient nur der Tagesschau, das andere nur der Röntgenoskopie. Der Vorteil dieser Anordnung besteht darin, daß das letztere Auge dauernd an die Dunkelheit adaptiert bleibt und so das Schirmbild sehr gut wahrnimmt. Ferner hat G. für derartige Operationen — wohl meist Entfernung von Fremdkörpern — einen besonderen Operationstisch mit Zentriervorrichtungen für die Röntgenröhre konstruiert. Acht Figuren erläutern den Text. Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

H. Kolaczek (Tübingen).

8) Müller. Ein neuer Röntgenaufnahmeapparat. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 2.)

Verf., Generalarzt in Glogau, empfiehlt einen von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall gelieferten Apparat zu dem Preise von 450 Mk., bei dem alle Hilfsmittel, wie Kompressionsblende, Schutzwände, Brillen, Handschuhe, Bodenstativ, besonderer Aufnahmetisch, nicht beschafft zu werden brauchen. Der Apparat eignet sich nach Verf. gut zu Feldzwecken, weil er einfach und solid konstruiert ist und sich leicht verpacken läßt; er läßt sich auf jeden Tisch und in jedem Raum anbringen. Gaugele (Zwickau).

---

9) A. Hessmann. Massendosierung bei Tumoren. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Die Röntgenbestrahlung bösartiger Geschwülste ist oft deswegen erfolglos, weil man mit der Belichtung nicht über diejenige Grenze hinausgehen darf, die der Reaktionsstufe der normalen Haut entspricht. Wenn jedoch die Haut und damit die genannte Rücksicht auf die Hautreaktionsstufe ausgeschaltet ist, so vermag man Energiegrößen in höherem Maßstabe oder, wie sich Verf. ausdrückt Massendosierung anzuwenden. Mit einer solchen Behandlung ist es H. gelungen, ein inoperables, ausgedehnt ulzeriertes Mammakarzinom operabel zu gestalten. Die Massendosierung erfordert keine besonderen, nicht schon bekannten Hilfsmittel. Natürlich muß der ausübende Röntgenologe die sämtlichen Dosierungsfaktoren beherrschen und die peinlichste Sorgfalt in der Abdeckung der zu schützenden Körperteile anwenden. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

10) Peters. Die Wirkung lokalisierter in Intervallen erfolgender Röntgenbestrahlungen auf Blut, blutbildende Organe, Nieren und Testikel. (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 1.)

Auf Veranlassung und unter Leitung von Carl Klieneberger hat Verfasserin die obere Brustapertur von Kaninchen in Intervallen von 2—8 Tagen kurze Zeit bestrahlt und die Wirkung derartiger Bestrahlungen auf Blut und Organe (vor und nach dem Tode) untersucht. Die Bestrahlungen wurden an 21 Tieren vorgenommen, Blutuntersuchungen nur bei 9 Tieren angestellt. Nach genauer Beschreibung der Technik und der einzelnen Ergebnisse, die Verf. in zahlreichen Tabellen niederlegt, kommt sie zu folgenden Schlußbetrachtungen:

An der Strahleneinwirkungsstelle kommt es zu regressiven Prozessen mit dem schließlichen Effekt der Mortifikation von Gewebe.

Im Anschluß an die einzelne Bestrahlung selbst erfolgt häufig unmittelbar eine geringe Vermehrung der weißen Blutkörperchen (Ausschwemmung?, beschleunigte Bildung?). Diese Vermehrung ist im weiteren Verlauf meistens von einer Abnahme der weißen Zellen gefolgt.

Abgesehen von diesen Veränderungen, die ungezwungen und am einfachsten als direkte Strahleneinwirkung erklärt werden müssen, sind (allerdings nur einmal) Veränderungen an Organen, die fern der Aufprallfläche der X-Strahlen lagen, gefunden worden.

Verf. ist deswegen der Ansicht, daß praktisch bei den in der Therapie üblichen Bestrahlungsdosen eventuelle indirekte Wirkungen der Röntgenstrahlen bedeutungslos sind, um so mehr, da man ja beim Menschen nur ausnahmsweise die dem menschlichen Gewichte entsprechenden Multipla der in ihren Versuchen beim

Kaninchen gewählten Gesamtbestrahlungsdosis zur Anwendung bringen wird; man wird demnach bei der lokalisierten Bestrahlung Schädigungen der blutbildenden Organe, der Narben und der Genitalien nicht zu erwarten haben, wenn man nur diese Organe vor der direkten Irradiation schützt.

Gaugele (Zwickau).

11) **M. J. Nemenow. Zur Röntgentherapie.** (Russki Wratsch 1910. Nr. 49 u. 50.)

Die zum Teil ausführlich beschriebenen und durch 19 Photographien vorgeführten Fälle werden in folgender Tabelle zusammengestellt:

Krankheiten	Zahl der Fälle	Geheilt	Bedeutend gebessert	Etwas gebessert	Ungebessert
Operable Epitheliome des Gesichts	9	8	1	—	—
Inoperable Gesichtsepitheliome	5	3	2	—	—
Tiefe inoperable Krebse	17	—	2	5	10
Kiefersarkom	3	—	—	1	2
Lymphosarkom	1	—	—	1	—
Endotheliom des Gesichts	1	—	1	—	—
Bösartiges Granulom des Unterleibs	1	1	—	—	—
Knochenmarksleukämie	4	1	3	—	—
Lymphatische Leukämie	2	—	—	2	—
Kropf	4	—	1	—	3
Fibromyom	2	2	—	—	—
Salpingo-Oophoritis	2	—	—	1	1
Lupus	9	5	3	—	1
Tuberculosis cutis verrucosa	5	4	1	—	—
Favus	5	5	—	—	—
Herpes tonsurans	1	1	—	—	—
Naevus pilosus pigmentosus	1	—	—	1	—
Angioma teleangiectodes	1	—	—	—	1
Banti'sche Krankheit	2	—	—	—	2
Anaemia splenica	1	—	—	—	1
Leukoplakie der Zunge	2	—	—	1	1
Rhinosklerom	1	—	1	—	—
Summa	79	30	15	12	22

Betreffs der Röntgenbehandlung der Krebsfälle kommt N. zu folgenden Schlußsätzen: Die oberflächlichen Gesichtsepitheliome geben ausgezeichnete kosmetische Resultate. Weit vorgeschrittene Gesichtsepitheliome können oft geheilt oder in jedem Falle der Operation zugänglich gemacht werden. Tiefe Karzinome werden durch die Röntgenstrahlen nicht geheilt; sie müssen, wo es nur möglich ist, operiert werden; nur in inoperablen Fällen kann man Röntgenbehandlung versuchen, da sie zuweilen einige temporäre Besserung gibt und die Schmerzen lindert. Verdächtige Drüsen müssen selbst bei oberflächlichen Epitheliomen auf chirurgischem Wege entfernt werden.

Gückel (Kirssanow).

12) Hans Dietlen (Straßburg i. E.). Behandlung des Leichentuberkels mit Röntgenstrahlen. (Therapeutische Monatshefte 1911. Hft. 1.)

Verf. teilt drei weitere Fälle von guter Heilung von Leichentuberkeln an der Streckseite der Finger mittels Röntgenstrahlen mit. Thom (Posen).

---

13) R. Kienböck (Wien). Die Radiotherapie der tuberkulösen Lymphome. (Archiv für physik. Medizin u. med. Technik Bd. V. Hft. 4.)

Verf. bespricht gesondert die Wirkung der Röntgenbestrahlung auf die tuberkulösen Lymphome der verschiedenen Stadien, sowie auf die Pseudoleukämie tuberkulöser Natur, geht auf die Technik und den Mechanismus der Wirkung ein und kommt zu dem Schluß, daß bei dem Vergleich der Wirkung der Radiotherapie auf tuberkulöse Lymphome mit den bisherigen Behandlungsmethoden der Vergleich keineswegs zuungunsten der Radiotherapie ausfällt. Bei den einfachen, nicht vereiterten Lymphomen, sowie beim Skrofuloderm ist die Wirkung eine prompte; vereiterte werden ebenfalls günstig beeinflußt und geben besonders gute kosmetische Resultate. Dagegen erzielt man beim Lupus meist keine genügenden Erfolge; nur bei den exulzerierten und tumiden Formen ist die Radiotherapie als Vorbehandlung für die Finsenbehandlung indiziert. Die Pseudoleukämie wird durch die Radiotherapie zwar günstig beeinflußt, jedoch werden Rezidive und der schließlich erfolgende tödliche Ausgang nicht verhindert.

W. V. Simon (Breslau).

---

14) Ch. Widmer. Die Strahlenbehandlung großer Epitheldefekte. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

Im Gegensatz zu der durch die übliche Reiz- (Scharlachrotsalbe usw.) und Verbandtherapie bewirkten Granulationsheilung größerer Epitheldefekte, die eine exquisite Narbencallusheilung darstellt, ruft die Freilichtbehandlung eine typische, geordnete und regelmäßige Epithelisierung hervor. Das Hochgebirge besitzt die günstigsten Faktoren für das Gelingen der atmosphärischen Behandlung; doch lassen sich mit dieser auch in der Tiefebene gute Erfolge erzielen. Einige sehr schön geheilte Fälle werden von W. zum Beweis für den Wert der Sonnenbehandlung mitgeteilt; die Epithelisierung der großen Wundflächen ging unter dieser in erstaunlich rascher Weise vor sich, die regenerierte Haut zeigte Wiederherstellung der Behaarungslinie, feinen Fältelung und charakteristischen Zeichnung der Oberhaut. Kramer (Glogau).

---

15) M. Horovitz. Die Behandlung der Balggeschwülste mittels Elektrolyse. (Med. Klinik 1910. p. 1935.)

Das Verfahren wird auf Grund des Erfolges bei 15 Balggeschwülsten, bei 2 Schleimbeutelentzündungen am Ellbogengelenk und bei einem Mastdarmpolypen (30 Sitzungen) empfohlen.

Örtliche Schmerzbetäubung durch Chloräthylbespülung oder Einspritzung von Tonokain suprarenale ist nur in gewissen Fällen nötig.

Man sticht eine feine, sehr spitze, gut polierte Patin-, Platiniridium- oder Stahlelektrode in die Balggeschwulst ein und setzt an einer anderen Körperstelle die positive breite, gut durchfeuchtete Plattenelektrode auf. 10 Stiche in der Sitzung, die 15—25 Minuten dauert. Stromstärke: 3—4 Milliampère.

An der feinen, spitzen Metallelektrode zersetzen sich die Körperflüssigkeiten; ätzende Stoffe werden dem Balggeschwulstbreie, den Gewebssäften, den Zellen entzogen; dabei verödet der Balg; seine Wände verlöten; die Haut wird glatt und regelrecht. Georg Schmidt (Berlin).

---

16) Wilms. Die Schmerzempfindung innerhalb der Bauchhöhle und ihre Bedeutung für die Diagnose. (Med. Klinik 1911. p. 13.)

W. bespricht die durch Schädigung der spinalen Nervenfasern bedingten Schmerzarten.

Ursache der Darmkolik ist die Darmsteifung, bei der die innerhalb des Gekröses verlaufenden spinalen Nervenfasern gedehnt werden. Die bei Bleikolik oder tabischen Krisen auftretenden schmerzhaften Empfindungen sind dagegen durch Veränderungen am Nerven selbst, als Neuralgien, zu deuten. Die echte Gallensteinkolik ist bedingt durch die Dehnung und Zerrung der Gallenblase und Gallenwege und der in ihren Wänden verlaufenden sensiblen Nerven. Die Nierenkolik bei Nierenstein, -einklemmung und Wanderniere erklärt sich durch Dehnung und Zerrung des Nierenbeckens oder des sich krampfhaft zusammenziehenden Harnleiters.

Aus diesen Erklärungen lassen sich auch die Gründe für die wechselnde Art und Größe des Schmerzes bei den verschiedenen Formen und Entwicklungszeiten dieser Krankheiten ableiten.

Der Schmerz bei der sogenannten chronischen Appendicitis beruht auf der Zerrung, die der lange, gefüllte und bewegliche Blinddarm auf sein Mesenterium oder das des Wurmfortsatzes ausübt.

Schmerz am MacBurney'schen Punkt bedeutet Reizung, Neuralgie in den spinalen Nerven des Mesenteriolums. Damit nicht zu verwechseln sind die Schmerzpunkte am Außenrande des geraden Bauchmuskels, in den Bauchdecken; gerade bei ihrem Eintritt in die Rectusscheide sind diese Nervenfasern besonders empfindlich. Durch örtliche Kokain-Kochsalzeinspritzungen wird diese »chronische Appendicitis« geheilt. Georg Schmidt (Berlin).

---

17) Arthur F. Herz, F. Cook, G. Marshall and E. G. Schlesinger. The sensibility of the alimentary canal. (Guy's hospital reports Vol. LXIV. p. 393. London 1910.)

Auf Grund einer größeren Reihe von Versuchen, die teils an Gesunden bzw. Trägern eines Magengeschwürs, teils an Pat., die eine Magen- oder Kolonfistel trugen, unternommen wurden, kommen Verff. zu folgenden Schlüssen bezüglich der Sensibilität des Nahrungskanals:

1) Speiseröhre, Magen und Darm besitzen keine taktile Sensibilität.

2) Die Speiseröhre — nicht aber der Magen oder übrige Darmkanal — ist sensibel für thermische Reize. Das bekannte Gefühl von Wärme oder Kälte, das nach schnellem Trinken von entsprechend temperierten Flüssigkeiten im Epigastrium empfunden wird, wird in der untersten Partie der Speiseröhre ausgelöst.

3) Salzsäure, selbst in einer Konzentration, die das Maximum des natürlich sezernierten Magensaftes noch überschreitet (NB. 0,5%), löst weder im Magen noch in der Speiseröhre irgendwelche Empfindungen aus; auch dann nicht, wenn geschwürige Prozesse vorliegen. Ebenso verhalten sich Essig- und Milchsäure negativ.

4) Alkohol löst im Magen sowie in der Speiseröhre — nicht aber im Dick darm — ein Gefühl des Brennens aus.

5) Karminativa (speziell Aqua menthae piperitae) lösen in Speiseröhre und Magen keinerlei Sensationen aus.

6) Der bei funktionellen und organischen Erkrankungen des Magens und Duodenums auftretende Schmerz kann nicht als unmittelbar abhängig von der vorhandenen Salzsäure oder von organischen Säuren aufgefaßt werden.

7) Es ist wahrscheinlich, daß das Sodbrennen auf besonders starker Alkoholbildung infolge der Magengärung beruht. E. Melchior (Breslau).

---

18) Th. Hausmann. Die methodische Intestinalpalpation mittels der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation und ihre Ergebnisse mit Einschluß der Ileocoecalgegend und mit Berücksichtigung der Lageanomalien des Darmes. Berlin, S. Karger, 1910. 159 S.

H. hat sich um die Ausbildung der methodischen Intestinalpalpation große Verdienste erworben, und es ist erfreulich, daß er die von ihm geübte Methode ausführlich schildert. Ein jeder, der mit Unterleibsdiagnose zu tun hat, wird die Abhandlung mit Genuß lesen und eine Fülle von Anregungen daraus entnehmen. Man muß H. auch darin Recht geben, wenn er darüber Klage führt, daß die Intestinalpalpation in den modernen Lehrbüchern zu wenig berücksichtigt wird.

Bilateralpalpation nennt H. die von Obrastzow angegebene Methode, das Colon transv. mit beiden links und rechts vom Nabel aufgesetzten Händen zu tasten. Verwechslungen des Colon transv. mit einer Dünndarmschlinge hält er für ganz ausgeschlossen. Betreffs Unterscheidung gegen den Pylorus ist dieses Zentralblatt 1908, p. 230 zu vergleichen. Das Pankreas, das das am schwierigsten zu tastende Organ der Bauchhöhle ist, kann nur dann erkannt werden, wenn gleichzeitig Magen und Colon transv. getastet sind. Falls nicht gerade hochgradig schlaffe Bauchdecken vorhanden sind, hat H. bei möglicher Tastung des Pankreas Verdacht auf eine Induration.

Bei der Tiefenpalpation dringt man unter Benutzung der Bauchwanderschlaffung bei dem Exspirium in die Tiefe bis zur hinteren Bauchwand und gleitet dann mit den Fingerkuppen, immer nur während des Exspiriums, in einer zur Verlaufsrichtung des zu betastenden Organs querer Richtung darüber. Die zur Gleitpalpation notwendige Hautverschiebung macht es unmöglich, ein palpiertes Organ zwecks späterer Kontrolluntersuchung auf der Haut zu markieren. Von größter Wichtigkeit ist bequeme Lage sowie ruhiges Atmen des Kranken. Die Fingerhaltung muß sich im allgemeinen nach der Entfernung der vorderen Bauchwand von der hinteren richten. Je größer diese ist, desto steiler müssen die Finger gehalten werden. Richtig ausgeführt ist das Eindringen der Fingerkuppen angenehmer wie das Eindringen der flachen Handfläche, da die Verkleinerung des Bauchraumes geringer ist.

Falls die Seitenteile des Colon transv. nicht von vornherein unter dem Rippenbogen zu tasten sind, wendet H. ein der Glenard'schen Nierenpalpation entsprechendes Verfahren an. Bei dem Echappement des Dickdarms hat man das Gefühl, als glitten die Finger von einer transversalen Stufe ab, die sich durch ihre Konsistenz vom unteren Nierenpol unterscheidet und oft durch Gurrgeräusche ausgezeichnet ist. Bei der auch empfehlenswerten »schrägen Palpation mit der

Dreifingerreihe« steht die Achse der Hand in einer Winkelstellung zur Achse des Darmes, während die Reihe des Mittel-, Ring- und kleinen Fingers sich in einer zur Achse des Darmes senkrechten Richtung bewegt. Auch kann man die Dreifingerreihe der einen Hand und die der anderen Hand in einer Linie aneinander stellen, so daß die Mittelfinger sich berühren. Mit dieser »Sechsfingerreihe« sind größere Strecken auf einmal fühlbar. Bei der »Zweifingerpalpation« benutzt man die Spitzen des Zeige- und Mittelfingers. Bei der »Randpalpation« wird der Ulnar- oder Radialrand der Hand parallel zum Darmzylinder aufgesetzt, so daß die Volarfläche der Hand dem Darm zugewandt ist. Diese Randpalpation ergänzt die Fingerkuppenpalpation.

Die »Palpation mit der Doppelhand«, wobei auf die palpierende Rechte die linke Hand aufgelegt wird, leistet besonders gute Dienste bei der Psoaspalpation. Durch Heben des gestreckten Beines läßt man den Psoas sich anspannen und nähert so die hintere Bauchwand der vorderen. Mittels dieser Psoaspalpation kann man linkerseits bisweilen, nicht häufiger als in 1%, eine Dünndarmstrecke tasten. Rechterseits Dünndarm zu tasten ist H. bis jetzt noch nicht gelungen, abgesehen von der Pars coecalis ilei, die infolge der Art ihrer Befestigung leicht fixiert werden kann.

Einen Krampf des Dickdarms darf man nur dann annehmen, wenn er glatt anzufühlen ist und einen höchstens kleinfingerdicken Strang darstellt. Ein stark mit Kot und Gas gefüllter Dickdarm gibt sich als wulstförmiges Gebilde von ein bis drei Querfingerbreite zu erkennen. Der künstlich geblähte Darm ist oft nur sehr undeutlich zu tasten. Da an der Leiche, besonders am Dickdarm, sich Form, Weite und Lage ändern, so kann der klinisch erhobene Befund nicht ohne weiteres durch die Sektion kontrolliert werden.

Dünndarmplätschern wird nur im Endstück des Ileum und bei sackförmiger Erweiterung vor einer Stenose beobachtet. Plätschern im Dickdarm oder Magen täuscht aber oft Entstehung im Dünndarm vor. — Die Verschieblichkeit des Blinddarms zu bestimmen, ist wichtig. H. konnte in 6 Jahren 143mal ein Coecum mobile palpatorisch nachweisen. Da diese Diagnose aber nie von chirurgischer Seite bestätigt wurde, kam keiner der Pat. zur Operation! H. unterscheidet drei Stadien des Coecum mobile, je nachdem es bis zur Höhe der Crista, oder darüber oder bis unter den Rippenbogen verschieblich ist. Wird letzteres durch spontane Beweglichkeit erreicht, so spricht H. von »Wanderblinddarm«. Dieser ist oft mit Wanderniere verwechselt worden. Das laute Plätschern, das Wilms als charakteristisch für Coecum mobile hält, ist nach Verf.s Beobachtungen nicht allzu häufig; bei Wanderblinddarm kommt es überhaupt nicht vor.

Die Pars coecalis ilei tastet H. in 75—85% mit Benutzung der Psoaspalpation. Der Wurmfortsatz kann bald oberhalb, bald unterhalb dieses Dünndarmabschnittes getastet werden. Außerdem muß noch der ganze Dickdarm vom Blinddarm bis zur Flexur vorher palpatorisch festgestellt sein, um Verwechslung mit ptotischem kontrahiertem Kolon zu vermeiden. Gurrgeräusche und Volumsveränderungen sprechen für die Pars coecalis ilei, während ihr Fehlen dem Wurmfortsatz eigen ist. Eine sichere Tastung dieses, die am besten mit schräger Zweifingerpalpation vorgenommen wird, ist in höchstens 20% der Fälle möglich; darunter sind kranke und gesunde Wurmfortsätze einbegriffen. Ist der gefühlte Wurmfortsatz auf Druck nicht schmerzhaft, so ist trotzdem eine Erkrankung nicht ausgeschlossen. Andererseits muß man bei geklagter Schmerzhaftigkeit einen Psoasschmerz ausschließen, was man durch Verschiebung des Wurmfortsatzes versucht. Gehört der Druckschmerz dem Wurm an, so ist er als erkrankt anzusehen, ebenso wenn

durch Druck auf den Wurm an einer anderen Stelle Schmerz hervorgerufen wird. Neben dem Wurmfortsatz ist auf dem Psoas bisweilen noch ein Strang zu fühlen, der als lymphangitischer Strang anzusprechen ist. Der Mac Burney'sche Schmerzpunkt entspricht dem druckschmerzhaften Psoasbauch. Normalerweise ist der Psoas auf Druck schmerzlos, bei nervösen Individuen ist er aber oft beiderseits druckempfindlich. Einseitiger Psoasschmerz kommt bei verschiedenen entzündlichen Erkrankungen vor; er kann zur Diagnose einer chronischen Appendicitis nur verwendet werden, wenn er an umschriebener Stelle auszulösen ist.

Zur Lokalisation von Darmgeschwülsten ist die direkte Dickdarmpalpation von größter Bedeutung, sie leistet unvergleichlich mehr als Darmaufblähung und Darmeingießung. Außerdem erscheint die methodische Dickdarmpalpation dazu berufen, die Perkussionsgesetze am Darm mit ausbauen zu helfen, und schließlich ist sie therapeutisch zu verwenden bei der Massage, bei der man mit dem Kolon stets in Fühlung bleiben soll. E. Moser (Zittau).

---

19) Boas (Berlin). Die Phenolphthalinprobe als Reagens auf okkulte Blutungen des Magendarmkanals. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Für den Nachweis okkulter Magen- und Darmblutungen ist das Phenolphthalinreagens ein zuverlässiges und brauchbares Mittel. Hinsichtlich seiner Schärfe steht es etwa in der Mitte zwischen der Weber'schen Guajakreaktion und dem Benzidin. Sein Hauptvorzug gegenüber den bisherigen Reaktionen liegt in der Haltbarkeit der im übrigen wohl bekannten und leicht herstellbaren Substanz, sowie in der sehr distinkten Färbung und der Möglichkeit, schwache und starke Blutanwesenheit leicht zu unterscheiden. Zur ersten vorläufigen Orientierung über Blutan- oder abwesenheit ist neben dem Phenolphthalin die Guajakprobe gerade wegen ihrer nicht übergroßen Empfindlichkeit von entschiedenem Nutzen.

Deutschländer (Hamburg).

---

20) Holzknecht. Die neueren Fortschritte der Röntgenuntersuchung des Verdauungstraktus. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

Jedem, der sich für das in der Überschrift genannte Thema interessiert, sei die Arbeit empfohlen, die aus berufener Feder stammt und klar und überzeugend wirkt. Unter anderem wird ein neues Divertikelsymptom mitgeteilt, das sich einfach feststellen läßt und gerade deshalb erwähnenswert ist, weil es sich bei kleineren Speiseröhrendivertikeln findet, während es allerdings bei größeren oft fehlt. Differentialdiagnostisch kommt ein Scirrhus am meisten in Betracht, der mit becherförmiger Dilatation einhergeht. Während beim Divertikel die Speisen wie ungehemmt unterhalb des wismutgefüllten Säckchens abfließen, anscheinend fast in demselben Tempo, wie man sie oberhalb zufließen sieht, ergibt sich bei der Stenose der Eindruck, daß der Abfluß am Grunde der Dilatation gehemmt, ja gebrochen wird, um einem Abrinnen in feinstem Rinnsal Platz zu machen.

Mit Schlesinger werden die verschiedenen bei beschwerdelosen Menschen vorkommenden Formen des gefüllten Magens im Stehen auf Tonusdifferenzen zurückgeführt. Genaue Berücksichtigung findet der von Haudek gefundene radiologische Symptomenkomplex des perforierenden Magengeschwürs. Die guten Abbildungen werden manchem die Deutung seiner eigenen Röntgenbilder wesentlich erleichtern.

Zum Schluß der Arbeit geht H. auf seine Technik genauer ein; die geringen Erfolge mancher Autoren auf diesem Gebiete beruhen eben meist auf ungenügender Technik. Glimm (Klütz).

---

21) Jollase. Über die mit der Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals erzielten Resultate in anatomischer, physiologischer und pathologischer Beziehung. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 1.)

Vortrag des Verf.s auf dem internationalen Kongreß für Elektrizität und Radiologie in Brüssel.

Der Vortrag ist gewissermaßen ein Referat der bis dorthin geschriebenen Magenarbeiten. Seine Lektüre empfiehlt sich namentlich für solche Leser, denen die gesamte Literatur nicht zur Verfügung steht. Gaugele (Zwickau).

---

22) F. Trendelenburg (Leipzig). Beckenhochlagerung und Lungenembolien. (Prakt. Ergebnisse der Geburtshilfe u. Gynäkologie 3. Jahrg. I. Abt.)

Verf. bekämpft die Behauptung Zweifel's in der »Festschrift zur Jahrhundertfeier der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig«, daß die Beckenhochlagerung zu Thrombosen und Embolien führe. Die Thrombenbildung soll nach Zweifel in zweifacher Weise zustande kommen, erstens auf direkt mechanischem Wege, wenn an dem Operationstisch Achselstützen fehlen, die Kranken mit der ganzen Schwere des Körpers an den Knien hängen und so ein schädlicher Druck auf die Venen des Schenkels ausgeübt wird, und zweitens durch Beförderung des Einschleichens von Infektionskeimen aus einer bei der Operation eröffneten keimhaltigen Körperhöhle (Scheide) in die Beckenvenen, wodurch es zur septischen Thrombose kommt.

Zunächst verwahrt sich T. gegen den Vorwurf, daß er je einen Operationstisch ohne Schulterstützen angegeben habe, sodann zergliedert er die Emboliestatistik Zweifel's, soweit sie Fälle betrifft, die sich aus früheren Veröffentlichungen klinisch und pathologisch-anatomisch auf ihre Beweiskräftigkeit hin kontrollieren lassen, und konstatiert erstens, daß keiner der Fälle, sieben an der Zahl, eine einwandfreie Stütze für die Zweifel'sche Behauptung liefert, der Druck auf die Beinvenen führe bei der Beckenhochlagerung zur Thrombose und Embolie, da niemals ein Thrombus in den geschädigten Venen gefunden wurde, und zweitens, daß ebensowenig der zweite Teil der Behauptung Zweifel's in dem vorliegenden Beobachtungsmaterial eine genügende Stütze findet, besonders deshalb, weil die übrigen ätiologischen Momente, die für die Entstehung von Thrombosen gerade in gynäkologischen Fällen häufig in Frage kommen (marantische Thrombose Virchow's, Kompressionsthrombose, Dilatationsthrombose) gar nicht berücksichtigt worden sind. Auf die scharfsinnigen Deduktionen hier im einzelnen einzugehen, ist nicht möglich; besonders interessant ist die Tatsache, daß sich Verf. aus seiner Leipziger Wirkungszeit (seit 1895) keines Falles von Embolie nach einer in Beckenhochlagerung ausgeführten Operation erinnern kann.

Anhangsweise werden dann die schädlichen Wirkungen, die die Beckenhochlagerung unter Umständen ausübt, und zwar dann ausübt, wenn sie unsachgemäß angewandt wird, erörtert. Unter diesen ist besonders bemerkenswert die Wirkung der ungewöhnlichen Körperlage auf das Herz, indem es infolge des abnorm hohen hydrostatischen Druckes der Blutsäule der Vena cava inferior auf das Herz zu einer akuten Erweiterung desselben kommen kann. T. hat sich durch Röntgen-

aufnahmen des Thorax von der Richtigkeit dieser zuerst von Kraske und Jayle aufgestellten Behauptung überzeugt und bei einem 14jährigen gesunden Knaben nach einer $^3/_4$ Stunde währenden Beckenhochlagerung im Winkel von 45° eine Verbreiterung des Herzschattens um $^1/_2$ cm, bei einem 45jährigen Potator mit abnorm großem Herzen und schlechtem Puls schon nach 25 Minuten eine Verbreiterung von $1^1/_2$—2 cm konstatieren können. Verf. warnt zum Schluß davor, die Beckenhochlagerung länger und steiler anzuwenden als nötig ist. Sie darf nicht länger als etwa 10 Minuten ohne eine Zwischenpause von einigen Minuten fortgesetzt werden. Diese Regel hat wenigstens für ältere und für herzschwache Menschen zu gelten, während man bei Kindern und jungen Leuten mit gesunden Herzen die Zeiten zwischen den Pausen länger ausdehnen kann. Bei sehr korpulenten Menschen soll man die Beckenhochlagerung überhaupt nicht anwenden, da sie den Kranken in Gefahr bringt und doch nicht genügend Platz in dem überfüllten Bauch schafft. Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

23) **A. Rupp. Ein Fall von persistierendem Ductus omphaloentericus.** Aus dem Chemnitzer Stadtkrankenhaus (Prof. Dr. P. Reichel). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Wie die Radikaloperation ergab, war — bei dem 4jährigen Knaben — das zentrale Ende des Dottergangs offen geblieben, das Meckel'sche Divertikel entstanden, durch einen ganz kurzen bindegewebigen Strang, dem hier obliterierten Dottergang, die ampullenartig erweiterte, ca. kleinhaselnußgroße Dottergangfistel mit ihm verbunden, die sich als feiner Kanal bis in den Nabel hinein fortsetzte, wo sie als stecknadelkopfgroßer Granulationspfropf erschien. Heilung.

Kramer (Glogau).

---

24) **X. Delore. Des epiploïtis post-opératoires.** (Lyon méd. 1911. p. 3.)

Eine Netzentzündung kann einige Zeit nach jeder Unterleibsoperation auftreten, in deren Bereich das Netz fiel. Das Leiden beruht darauf, daß durch einen unreinen Faden oder auf dem Blutwege das Netz infiziert wurde, oder daß dieses bereits in seinem Gewebe Krankheitserreger enthielt, die nun um den Fremdkörper, den Unterbindungsfaden, herum wuchern. Wird letzterer nicht aufgesaugt, so schleppt sich die Infektion und die Eiterung fort.

Vorbeugend soll man gesundes und freies Netz möglichst in Ruhe lassen, entzündetes, verwachsenes usw. Netz aber im Gesunden in kleinen Abschnitten mit keimfreien, aufsaugbaren feinen Fäden abbinden.

Die ausgesprochene Netzentzündung kann man versuchsweise beobachtend mit Ruhe, Eisumschlägen, Kostregelung behandeln. Das fortdauernde Leiden bedingt indessen alle Gefahren einer örtlichen Bauchfelleiterung. Daher bei Abmagerung, dauernden Schmerzen, Fieber, Anzeichen von Eiterbildung rechtzeitiger Einschnitt und Entfernung des Eiters, der Unterbindungsfäden und Netznekrosen

Es kann eine Lebereiterung, ein Magen- oder Darmkrebs vorgetäuscht werden.

D. sah diese Netzentzündung einmal unter 250 Entfernungen des Wurmfortsatzes und zweimal bei 500 Eingeweidebruchradikaloperationen. Krankengeschichten dieser und anderer Fälle, durch die obiges klinisches Bild erläutert wird.

Georg Schmidt (Berlin).

---

25) **W. A. Oppel. Beobachtungen über Schußverletzungen der Bauchhöhle in Friedenszeit.** (Arbeiten der propädeutischen chirurg. Klinik von W. A. Oppel. Bd. I. 1910. [Russisch.])

Auf Grund seiner Erfahrung — zehn Fälle — fordert O. die sofortige Laparotomie, wenn der Verletzte während der ersten Stunden in Behandlung kommt. In nur einem Falle ließ er sich verleiten, eine penetrierende Verletzung auszuschließen: Einschuß über dem linken Poupartband; an der vorderen medialen Fläche des linken Oberschenkels im oberen Drittel ein Hämatom in den Muskeln. Kein Exsudat in der Bauchhöhle, keine lokale Muskelspannung, Bauchwand weich. Nach 7 Stunden: deutliche Peritonitis. Laparotomie; 3 Wunden im Dünndarm. Naht derselben, Spülung der Bauchhöhle, Tamponade. Tod an fortschreitender Peritonitis. Wäre die Operation gleich nach Einlieferung — $^1/_2$ Stunde nach der Verletzung — gemacht worden, so hätte der Pat. wohl gerettet werden können. — Während der Laparotomie müssen, wenn nötig, alle Unterleibsorgane untersucht werden, um keine Wunde zu übersehen. — Von den 10 Fällen wurden 7 durch die Operation geheilt. — Bei einem der Geretteten hatte das Geschoß nur die Vorderwand des Magens durchbohrt; es ging später durch den After ab.

Gückel (Kirssanow).

---

26) **Momm (Düsseldorf). Ein Schuß durch Leber und Aorta, der erst nach 4 Wochen infolge Sepsis tödlich verläuft.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 52.)

Ein 23jähriger Arbeiter erhielt einen Schuß in den Leib. Das Geschoß drang durch die Leber in die Lichtung der Aorta hinein und wurde dann in dieser im Zeitraum von 4 Wochen bis in die Arteria femoralis sinistra fortgespült, wo es zur Bildung eines Aneurysma Anlaß gab. Pat. ging schließlich an Sepsis zugrunde, und durch die Sektion wurden die näheren Verhältnisse festgestellt. Die Beobachtung, die im St. Joseph-Krankenhause in Düsseldorf gemacht wurde, ist aus dem Grunde sehr interessant, da sie zeigt, daß eine perforierende Verletzung der Aortenwand nicht unter allen Umständen tödlich zu wirken braucht.

Deutschländer (Hamburg).

---

27) **N. N. Protassjew. Zur Kasuistik der Fremdkörper des Magendarmkanals.** (Arbeiten der propädeut.-chirurg. Klinik Prof. Oppel's. Bd. I. 1910. [Russisch.])

P. vervollständigt die Kasuistik Wölfler-Lieblein's (in der Deutschen Chirurgie) durch 26 weitere Fälle aus der Literatur und folgenden Fall von Oppel. 19jähriger Mann verschluckte während der letzten Woche mehrere scharfrandige Glasstücke zwecks Selbstmord; damit sie nicht im Ösophagus stecken bleiben, beklebte Pat. die Spitzen mit Brot. Seit 3 Tagen Schmerzen; ein Stück wurde aus dem Mastdarm entfernt. Peritonitissymptome, Laparotomie. In der Bauchhöhle freies klares Exsudat, am Ileum eine beginnende Perforation — es wird ein Stück Glas entfernt. Drei weitere Stücke sitzen im Colon ascendens, transversum und in der Flexura sigmoidea — sie werden durch drei Schnitte entfernt. Im Colon pelvinum viel Glas; Dehnung des Afters, Entfernung der Stücke mit der eingeführten Hand. Gegenöffnungen in der Lendengegend beiderseits, drei Tampons in die Bauchhöhle. Heilung, gestört durch Bildung eines intraperitonealen Abszesses, der gespalten wurde. — Im ganzen waren 27 Glasstücke ver-

schluckt worden; das größte war 6 cm lang, 2,1 cm breit. — Bei der Laparotomie muß stets der ganze Darm abgesucht werden. Gückel (Kirssanow).

28) **Herhold (Brandenburg a. Havel). Primäre Typhlitis.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von primärer Typhlitis mit Abszeßbildung bzw. beginnender Abszeßbildung, bei denen sich der Wurmfortsatz vollständig gesund erwies. Im ersten Falle lag der Typhlitis ein noch nicht vollständig perforiertes Dysenteriegeschwür zugrunde, das aber bereits zur Peritonitis geführt hatte. Laparotomie. Tod. Im zweiten Falle betrachtet Verf. die Typhlitis als die Folge einer durch Kotstauung bedingten Dehnung der Darmwand, wobei der Entzündungsprozeß durch faulige Zersetzung der Kotmassen ausgelöst wurde. Gleichfalls Laparotomie, die zur Heilung führte.

Deutschländer (Hamburg).

29) **L. v. Mayersbach. Ein Fall von gleichzeitiger Entzündung des Blinddarms und des Meckel'schen Divertikels.** (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

Verf. schickt eine Zusammenstellung der durch abnorme Veränderungen der fötalen Nabelschnur möglichen Mißbildungen voraus. In seinem Falle war die Entzündung beider Organe durch massenhafte Anhäufung von Askariden bedingt. Nach Abtragung des Divertikels und Ausstreichen der Askariden nach dem Blinddarm hin (von Appendektomie wurde, um die Operation nicht zu verlängern, Abstand genommen) glatte Heilung. Renner (Breslau).

30) **Fr. H. v. Tappeiner. Über die in den Jahren 1901—1910 an der Greifswalder chirurgischen Klinik beobachteten Fälle von Appendicitis.** (Med. Klinik 1911. p. 297.)

Wegen Wurmfortsatzentzündung wurden in den letzten 10 Jahren in der Greifswalder chirurgischen Klinik 725 Kranke behandelt. Die Behandlungsgrundsätze sind eingehend dargelegt. Operation der Wahl ist die Operation im Anfall innerhalb der ersten Tage und nicht die Operation in der anfallsfreien Zwischenzeit. Im Jahre 1901 gingen 25 Fälle (= 1,25% der Gesamtaufnahme) zu; davon 1 Frühoperation (= 4% der Fälle); im ganzen 5 Todesfälle (= 20,8%). Im Jahre 1910 wurden 129 Wurmfortsatzentzündungen behandelt (= 4,72% der Gesamtaufnahme); davon 25 Frühoperationen (= 19,4% der Fälle); im ganzen 8 Todesfälle (= 6,61%). Die Verhältniszahl der Frühoperationen (19,4%) ist im Vergleich zu der der Operationen bei bereits vorhandener Eiterung (23,3%) immer noch zu gering. Georg Schmidt (Berlin).

31) **Nathan Mutch. The treatment of appendicitis.** (Guy's hospital reports Vol. LXIV. p. 107. London 1910.)

Die bemerkenswerte Studie basiert auf 545 in den Jahren 1906—1909 im Guy's Hospital aufgenommenen Fällen von Appendicitis. Bezüglich der großen sozialen Bedeutung dieser Frage gibt Verf. an, daß in England und Wales jährlich ca. 2000 Menschen an Appendicitis zugrunde gehen.

Die sorgfältigen in tabellarischer Form gesichteten Berechnungen des vorliegenden Materials führen notwendigerweise zur Forderung der prinzipiellen Frühoperation, wie sie in Deutschland namentlich durch die Verhandlungen des

vorjährigen Chirurgenkongresses aufgestellt worden ist. In sämtlichen Fällen, die innerhalb der ersten 36 Stunden operiert wurden — allerdings nur 16 — trat Heilung ein. Dagegen betrug die Sterblichkeit der Fälle, in denen die notwendige Operation erst am 3. und 4. Tage vorgenommen werden konnte, nicht weniger als 27%.

Der 4. Tag liefert sodann die meisten postoperativen Komplikationen seitens der Lunge, ferner bezüglich der subphrenischen Abszesse und des Ileus, während die Häufigkeit der postoperativen Kotfisteln erst am 8. Tage ihren Höhepunkt erreicht.

Verf. berechnet, daß bei einem anfangs exspektativen Verfahren von 100 Pat. nur 14 Aussicht haben, dauernd geheilt zu bleiben; dem steht gegenüber, daß bei einem derartigen Standpunkt 10 von 100 zugrunde gehen, während 35 weitere, bei denen entweder — sei es beim ersten Anfall, sei es bei einem Rezidiv — erst im Stadium der Peritonitis oder des Abszesses angegriffen wurde, eine Schädigung der Bauchwand (Hernie) davontragen sowie peritoneale Verwachsungen, die ihrerseits später erst noch verhängnisvoll werden können.

Da die Frühoperation mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Möglichkeit gibt, jene 10% zu retten und in den übrigen 35% die genannten Schädigungen zu verhüten, betrachtet es Verf. mit Recht als einen geringen Einsatz, wenn, um dieses Resultat zu erreichen, auch jene 14% »einer der gefahrlosesten aller Bauchoperationen, die zu dem Verlust eines Organes von sehr zweifelhaftem Werte führt« unterworfen werden.

Verf. faßt die an seinem Material gewonnenen Ergebnisse im wesentlichen folgendermaßen zusammen:

1) Die Frühoperation innerhalb von 36 Stunden ist in allen Fällen von Appendicitis anzuraten, in denen die anfänglichen Erscheinungen nicht innerhalb von 24 Stunden verschwinden.

2) Die Infektion des Bauchfells bei Appendicitis hat mit zunehmendem Alter der Patt. eine zunehmende Neigung, lokalisiert zu bleiben.

3) Abführmittel sind kontraindiziert:

a. als Behandlung des eigentlichen appendikulären Anfalls,

b. als prophylaktische Maßnahme gegen postoperativen Ileus.

4) Die Drainage des Bauchfells ist auf ein Minimum zu beschränken.

E. Melchior (Breslau).

---

32) Bertelsmann. Über Kochsalzinfusionstherapie und Appendicitisbehandlung. (Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. CVII. p. 263.)

B. rekapituliert in dieser Abhandlung eingehend seine eigenen Beiträge zur Sache, bespricht auch teilweise kritisch und seine Autorität wahrend die Arbeiten anderer Autoren auf diesem Gebiete, worüber wir auf das Original verweisen. Betreffs der zurzeit von ihm mit dem Kochsalzinfusionsverfahren geübten Grundsätze sei mitgeteilt, daß er nach wie vor den Operationen wegen appendicitischer Peritonitis eine Salzwasserinfusion von ca. 2 Liter voraufgehen läßt, und zwar subkutan oder, wenn die Zeit drängt, intravenös. Haben die ersten $1^1/_2$ Liter nicht genügt, so pflegt er seit Heidenhain's Publikationen Adrenalin, manchmal auch 2—3 ccm Digalen zu geben. Nach der Operation näht er nach Rehn die Bauchdecken und drainiert mit Glasröhren. Es wird sogleich Schräglagerung hergestellt und Dauerirrigation des Mastdarms eingerichtet, eventuell mit Zusatz von Kaffee. B. erinnert daran, daß die beste Stelle für Salzwaserinjektion in der

hinteren Axillarlinie über der 9. bis 11. Rippe liegt. Er hat im Jahre 1909 132 Appendicitisfälle behandelt, und zwar 108 operiert. Die nicht Operierten genasen sämtlich, von den Operierten starben sechs.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

33) Bausenbach. Therapeutische Anwendung von Fibrolysin. (Mediz. Klinik 1910. p. 1941.)

Eine Frau wird wegen Blinddarmentzündung operiert. Erneute Schmerzen; abermaliger Leibschnitt; Lösung starker Verwachsungen in der Blinddarmgegend. Bald wieder Beschwerden derselben Art; daneben andauernde Schlaflosigkeit. Wiederholte, etwas schmerzhafte Einspritzungen von Fibrolysin zwischen die dicken Narben der rechten Unterbauchgegend; Massage; elektrische Lohtanninbäder. »Schon nach der ersten Injektion wurden die Schmerzen geringer, um nach den folgenden zwei bis drei Injektionen nach Angabe der Kranken völlig zu verschwinden und während der ganzen Kur nicht wiederzukehren.« Auch die Bauchnarben verkleinerten sich. Der Leib wurde weich und eindrückbar. Wohlbefinden während der ganzen Kur.

Georg Schmidt (Berlin).

---

34) M. Koppio. Einige praktische Winke zur Behandlung des peritonitischen Ileus. Aus der chir. Klinik zu Kiel (Prof. Anschütz). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

In der Kieler Klinik hat sich die von Westmann empfohlene dauernde Magenausheberung durch die Nase in einer Reihe von Fällen des peritonitischen Ileus sehr bewährt; für die Kranken war es eine Wohltat, daß sie, ohne weiter zu erbrechen, trinken konnten, so viel und was sie wollten (außer der im Magen gerinnenden und den Schlauch verschließenden reinen Milch). Aber auch der Einfluß auf den Verlauf des Ileus war ein günstiger; nur wenige Male blieb er wegen zu schwerer Darmlähmung oder multipler Fibrinstränge aus. Wo die Wirkung nicht bald eintrat, komme eine Enterostomie zur Ausführung, um nicht die gute Zeit zu solcher zu versäumen und durch zu langes Liegenlassen des Nasenschlauches die Gefahr des Dekubitus in der Speiseröhre herbeizuführen. — Zur Heilung einer schlecht schließenden Enterostomiefistel wurde die Einlegung eines Gummi-T-Rohres, dessen innere Schenkel die Fistel etwa je 5 cm überragten, mit großem Nutzen angewendet. — Auch die intravenösen Kochsalz-Adrenalininfusionen ergaben, sofern die Lösungen nur richtig vorbereitet wurden, sehr gute Resultate.

Kramer (Glogau).

---

35) Robert Picqué (Paris). Des abcès sous-phréniques. (Revue de chir. XXX. ann Nr. 5, 7 u. 9.)

Seit der Arbeit v. Leyden's über den Pyopneumothorax subphrenicus im Jahre 1879 sind in der Erkenntnis und Behandlung der subphrenischen Abszesse viele Fortschritte gemacht, die P. in einer ausführlichen Darstellung mit eigenen Beiträgen zusammenfaßt.

Den Ausgangspunkt bilden am häufigsten Magengeschwüre und -perforationen, die Appendicitis, Leber- und Pankreaserkrankungen. Doch kommen auch Milz, Duodenum, Querdarm und perinephritische Abszesse in Betracht.

P. unterscheidet drei deutlich voneinander abgrenzbare subphrenische Räume: einen rechten, hepatophrenischen; einen mittleren, hepato-gastro-phrenischen und einen linken perisplenischen. Sie alle stehen nach vorn mit dem Bauchfell-

sack in offener Verbindung. Ihre Lage direkt unter der Zwerchfellkuppel erklärt, warum v. Leyden von einem Pyopneumothorax subphrenicus sprach. Selbstverständlich gibt es aber auch einen Pyothorax subphrenicus ohne Gasbildung. Der Gasgehalt entstammt teils der Verbindung des Abszesses mit Hohlorganen, teils der Tätigkeit gasbildender Bakterien.

Sehr häufig erkrankt auch das Brustfell, auch ohne daß das Zwerchfell perforiert wird, infolge Fortleitung der Infektion durch die Stomata. Die Zwerchfellperforationen sitzen meist in der Kuppel. Der Durchbruch des zunächst abgekapselten Abszesses nach dem Bauchfell ist seltener, ebenso der Durchbruch nach der Haut, der einen kalten Thoraxabszeß vortäuschen kann, wofür P. ein Beispiel anführt.

Symptomatologie und Diagnose der Abszesse werden eingehend besprochen. Punktion und Röntgenbild sind am maßgebendsten. Das Pfuhl'sche und Grüneisen'sche Zeichen sind nicht immer beweiskräftig.

Die Lage der Abszesse im rechten, mittleren oder linken subphrenischen Raum läßt Schlüsse auf den Ausgangspunkt und das primär erkrankte Organ zu. Doch sind bei Appendicitis auch linkseitige Abszesse beobachtet, da die Fortleitung des Eiters meist auf dem peritonealen Wege erfolgt.

Sich selbst überlassen führt der subphrenische Abszeß fast sicher zum Tode. Bei rechtzeitiger Operation werden ca. 60% der Kranken gerettet. Die Eröffnung auf transpleuralem Wege verdient im allgemeinen den Vorzug. Wenn nötig, wird in der Lendengegend eine Gegeninzision gemacht.

Gutzeit (Neidenburg).

---

36) **A. Most. Die Pathogenese, Diagnose und die Therapie der eingeklemmten Hernien.** (Hft. 11 der Beihefte der zur Med. Klinik 1910.)

M. behandelt das Gebiet insbesondere mit Berücksichtigung der den praktischen Arzt angehenden Fragen. Außer den Eingeweidebrüchen im allgemeinen ist die Einklemmung auch der selteneren Bruchformen im einzelnen besprochen. Die nur für frische und geeignete Fälle zugelassene Taxis wird anschaulich geschildert. Für gewöhnlich bevorzugt M. die örtliche Schmerzbetäubung sowie bei drohendem oder ausgesprochenem Brande die primäre Resektion.

Georg Schmidt (Berlin).

---

37) **Oskar Klauber. Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der retograden Inkarzeration.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Vd. CVII. p. 607.)

K. herniotomierte eine 64jährige Frau mit mannsfaustgroßem linkseitigem Leistenbruch wegen Einklemmung. Es fanden sich zwei je ca. 30 cm lange Dünndarmschlingen vorgefallen, zwischen welchen man zwei Finger in den Bruchring führen konnte. Auffallend war, daß das Vorziehen der zwischen beiden Schlingen sitzenden intraabdominellen Schlinge, deren Mesenterium in der Bruchpforte nicht mit eingeklemmt war, nicht möglich war. Dies gelang erst nach Eingehen der Hand in die Bauchhöhle und Hervorhebung der angrenzenden Darmpartien. Die nun betrachtbar gewordenen vier Einklemmungsringe des Darmrohrs zeigten keine Druckmarken. Aber auf dem Mesenterium der ca. 50 cm langen Zwischenschlinge bestanden einige Suffusionen und an seiner Basis, etwa 10 cm weit vom

Darmansatz in einem konvexen Bogen massige subseröse Blutaustritte mit Verdickung des Mesenterium (Thrombosen). Operationsvollendung, glatte Heilung.

K. legt Wert darauf, daß die Zwischenschlinge zunächst nicht hervorziehbar war, und hält dafür, daß der Grund davon in einer Kürze des Gekröses dieser Schlinge zu suchen ist, infolge davon auch die Schlinge verhindert gewesen sein mag, mit den beiden anderen Schlingen in den Bruchsack zu steigen. Bezüglich Eintretens der mesenterialen Blutzirkulationsstörungen im Gekröse der Verbindungsschlinge teilt er die Ansicht von Lauenstein und Lorenz, daß dieselbe auf Zugwirkung im Gekröse (»Zugarkaden«) beruhe, und sieht seinen Berichtsfall als mit beweisend für diese Theorie an.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

38) Riedel (Jena). Über den Darmwandbruch. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 52.)

Darmwandbrüche sind viel häufiger als man früher annahm. R. hat unter 550 eingeklemmten Brüchen 63 Pat. mit Darmwandbruch (11,5%) beobachtet. Die Prognose der Darmwandbrüche ist nicht an sich, wohl aber infolge mangelhafter Behandlung besonders von seiten der Kranken außerordentlich ungünstig. So sind von den 63 Pat. nicht weniger als 34 (39%) gestorben, während bei den eingeklemmten Brüchen die Mortalität nur 15% betrug. Die Diagnose macht bei Schenkel- und Leistenbrüchen nur dann Schwierigkeiten, wenn nur wenig Darmwand eingeklemmt und Pat. sehr indifferent gegen Schmerzen ist. Versteckt liegende Brüche, wie z. B. die des Foramen obturatorium, sind dagegen sehr schwer zu erkennen. Jeder Repositionsversuch ist wegen der Gefahr der Ruptur der zur Gangrän neigenden Darmwand kontraindiziert. Von den 24 Todesfällen können zwei direkt auf derartige Repositionsversuche zurückgeführt werden. Der Bruch muß möglichst frühzeitig operiert werden, da verschleppte Fälle der Operation zuweilen recht große Schwierigkeiten bieten.

Deutschländer (Hamburg).

---

39) J. Rabère et M. Charbonnel (Bordeaux). Désinsertion du mésentère au niveau de l'intestin dans la hernie étranglée. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 10.)

Verff. berichten von einer 59jährigen Frau, deren linkseitiger Schenkelbruch einige Stunden nach der Einklemmung vorsichtig zu reponieren versucht war. 7 Stunden nach der Einklemmung war die Haut blauschwarz geschwollen; seit den Taxisversuchen hatte sich der Bruch vergrößert. Der sofort vorgenommene Bruchschnitt ergab 25—30 ccm schwarzes Blut im Bruchsack und eine in 35—40 cm Länge von ihrem Gekröse nahe dem Ansatz abgerissene, noch nicht brandige Dünndarmschlinge. Resektion, terminolaterale Vereinigung, Heilung. Das Mesenterium war sehr zerreißlich, die Blutstillung schwierig. Leichte Nephritis.

Verff. sind der Ansicht, daß die Abreißung des Darmes spontan durch Überdehnung des Gekröses infolge des Zuges der sich blähenden eingeklemmten Darmschlinge und nicht infolge der Taxis eingetreten sei.

Bereits lange Zeit vorhergegangene Dehnung des Gekröses in einem geräumigen Bruchsack, Nierenentzündung, Diabetes, Hämophilie scheinen die Zerreißung des Gekröses zu begünstigen. Zwei ähnliche Fälle aus der Literatur.

Gutzeit (Neidenburg).

---

40) Jacob M. Jacobivici. Eine Tenomyoplastik bei Eventratio inguinalis. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 289.)

Verf., Chirurg am Spital Coltzea in Bukarest, fügte zu einer Bassinioperation noch folgende Plastik hinzu. Ablösung eines dreieckigen, rechtwinkligen, lateral gestielten Lappens aus der Rectusscheide, Umlegung desselben nach außen und Vernähung auf die Bassininaht bzw. Aponeurose des Obliquus ext. Der M. sartorius wird aus seiner Scheide frei gemacht und in Höhe des Hodensacks quer durchschnitten. Das obere Segment des Muskel, am Boden gestielt bleibend, wird medialwärts herübergeschlagen und auf die Wundfläche des M. rectus angenäht (s. Abbildungen). Der Erfolg befriedigte.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

41) Fritsch. Austritt einer epigastrischen Hernie durch eine Lücke im Schwertfortsatz. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

Bei der Operation zeigte sich, daß sich in dem auffallend breit entwickelten Processus sciphoides ein ovales Loch befand. Durch diese Öffnung hatte sich ein walnußgroßes Lipom herausgedrängt, das mit einem größeren präperitonealen Lipom in Verbindung stand. Es handelte sich um eine typische epigastrische Hernie.

Der Schwertfortsatz legt sich ursprünglich paarig an; in vorliegendem Falle nimmt Verf. eine Hemmungsmißbildung an. Der Gedanke liegt nun nahe, daß solche als Hemmungsmißbildung aufzufassende Lücken auch weiter distal in den Fascien der Linea alba vorkommen können, und daß sie dann die Austrittspforten einer epigastrischen Hernie werden. Faßt man die medianen, präperitonealen Lipome als fissurale Geschwülste auf, so bekommt die Ätiologie der epigastrischen Hernien einen entwicklungsgeschichtlichen Hintergrund.

Glimm (Klütz).

---

42) Moritz Cohn. Über einen Fall von eingeklemmter Hernia inguino-properitonealis bei leerem inguinalen Bruchsackanteil. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 613.)

Der im R. Virchow-Krankenhaus operierte Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der nie einen Bruchaustritt bemerkt haben wollte und dessen linker Hoden stets richtig im Hodensack gelegen hatte. Jetzt Einklemmungserscheinungen mit Erscheinen einer Resistenz links; linker Leistenring weit klaffend. Operation mittels Laparotomie, die einen kindskopfgroßen properitonealen Leistenbruch ergibt, in dessen Ostium abdominale Darm und Netz stecken. Entwicklung beider, Darmresektion wegen schwer geschädigter Schnürfurche. »Aus dem Ostium abdominale des intraabdominellen Bruchsackanteiles tritt nicht der Samenstrang.« »Resektion des properitonealen Bruchsackes über dem inneren Leistenring.« Pat. wurde geheilt. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

43) S. A. Clarke, A. F. Hertz und R. P. Rowlands. A case of phlegmonous gastritis from hydrochloric acid poisoning: vomiting of the complete mucous membrane of the pyloric half of the stomach: operation; recovery. (Guy's hospital reports Vol. LXIV. p. 295. London 1910.)

Nach Selbstmordversuch mittels Salzsäure stellten sich bei einem 41jährigen Mann im Laufe des 2. Monates Erscheinungen von Pylorusstenose ein. Unter

dem Erbrochenen befand sich ein größeres zylindrisches Gebilde, in dem vereinzelt epitheliale Zellen, Blutgefäße und Muskelfasern erkennbar waren und das als die nekrotisch abgestoßene Schleimhaut der pylorischen Magenhälfte angesprochen wurde. Die 2 Monate nach der Verätzung vorgenommene Gastroenteroanastomose ergab eine Stenose des pylorischen Magenteils mit einzelnen Verwachsungen; ein ausgeschnittenes Stück der kardialen Magenschleimhaut ließ eine Rundzelleninfiltration erkennen, die bis in die Muscularis hineinreichte, sowie Blutungen. Heilung. — (Die Berechtigung, diesen Fall als Gastritis phlegmonosa zu rubrizieren, erscheint dem Ref. — zumal bei dem Fehlen jeglicher akuter, peritonischer Erscheinungen — als zweifelhaft!) E. Melchior (Breslau).

---

44) H. Rieder (München). Das chronische Magengeschwür und sein röntgenologischer Nachweis. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

Ein frisches Magengeschwür kann, wenigstens für gewöhnlich, auf röntgenologischem Wege nicht nachgewiesen werden. Ist es dagegen tiefgreifend, kallös oder perforiert, so ist es indirekt durch die in der Umgebung des Magens sich abspielenden pathologischen Vorgänge der Diagnose zugänglich. Besonders aber ist der röntgenologische Nachweis der durch Schrumpfungsprozesse und Perigastritis bedingten sekundären Form- und Größenveränderung des Magens, und zwar sowohl am Magenkörper, als an den Magenöffnungen, von hohem Werte, da sie erlauben, einen Rückschluß zu ziehen auf stattgehabte und event. noch bestehende Geschwüre, und außerdem wichtige Anhaltspunkte für die Behandlung geben. Auch bei der Differentialdiagnose von Geschwür und primärem Krebs leistet uns die Röntgenuntersuchung unter Mitbenutzung der anderen Untersuchungsmethoden gute Dienste. Kramer (Glogau).

---

45) Haffner. Die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi und seine Folgezustände. (St. Petersburger med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Nach den neueren langfristigen Statistiken von Warren und Schulz ergibt die interne Behandlung des Magengeschwürs etwa in der Hälfte der Fälle Heilung, in $^1/_4$ Besserung, in 23% unbedingte Mißerfolge.

Unter 43 wegen Geschwürs auf der Bergmann'schen Abteilung in Riga Operierten (ohne Perforation) starben 11; das sind 25,6%. Es wurde in sämtlichen Fällen bis auf einen Gastroenterostomie gemacht. H. verhält sich vorläufig gegen die Exzision bzw. Resektion des Ulcus noch ablehnend.

Deetz (Arolsen).

---

46) Gustav Singer. Die Behandlung des runden Magengeschwürs. (Med. Klinik 1910. p. 2005.)

Lenhartz' Verfahren — dreiste Ernährung der Geschwürskranken — wird auf Grund mehr als 4jähriger Erfahrung empfohlen. Doch muß man die Vorsicht gebrauchen, bei starker Blutung oder bei Gefahr der Blutung einen Tag völlig hungern zu lassen oder einige Tage vom Mastdarm aus zu ernähren. Außerdem kommt es vor allem auf möglichste körperliche Schonung an. Der Geschwürskranke soll viele Jahre weiter mit dem Arzte in Fühlung bleiben.

Bezeichnend für das Leiden sind ein als Magenblähung empfundenes Unbehagen, ein Irradiationsschmerz.

Aus den angegebenen Arzneimitteln sei auf Anästhesin, assimilierbares Eisen (Hämoglobinerzeugnisse) und auf die Einspritzung von Clin's Metharsinate de fer in die Muskeln verwiesen.

Aber auch die geschickteste konservative Ernährungsbehandlung führt bei einem ziemlichen Bruchteile der Geschwürskranken nicht zum Ziele. Man darf nicht bloß die in Pylorusverengerung ausgehenden und die kallösen penetrierenden Geschwüre für die Operation ausersehen. Es gibt, namentlich bei chronisch rückfälligem Geschwür des Magenkörpers, eine relative und soziale Operationsanzeige. Erstere liegt vor, wenn trotz wiederholter Ernährungskur Schmerz und Ernährungsstörung, wenn auch nur in geringer Stärke, so häufig wiederkehren, daß sie in ihrer Gesamtheit den Kranken empfindlich schädigen. Die soziale Anzeige für die Operation ist gegeben, wenn auch bei nicht bedrohlichem Zustande der Ernährung die Möglichkeit mehrwöchiger wiederholter regelrechter Geschwürskuren, besonders aber die Möglichkeit einer entsprechenden körperlichen Schonung aus beruflichen und äußeren Gründen ausgeschlossen ist. Auch die mit Perazidität und Pyloruskrämpfen wiederholt rückfällig, schmerzhaft und langwierig verlaufenden Geschwüre gehören dem Chirurgen, sofern nach vergeblicher regelrechter Geschwürskur auch eine mehrtägige völlige Magenausschaltung ergebnislos war.

Georg Schmidt (Berlin).

---

47) **Coffey. Surgical treatment of ulcers along the lesser curvature of the stomach.** (Surgery, gynecology and obstetrics XI. 6.)

Beschreibung von fünf Fällen, bei welchen allen chronisches Geschwür vorlag.

Fall 1. 26jähriger Mann. An der Stelle des durchgebrochenen Geschwürs lag auf der Magenwand eine glatte, nicht verwachsene Granulationsmasse, die das daumenstarke Geschwür abschloß. Entfernung des Geschwürs, quere Naht, Heilung. Fall 2, 3, 4. Sanduhrmagen nach Geschwür. Durch Exzision und quere Vernähung, in Fall 2 durch Gastroenterostomie, Heilung. Fall 5. Kraterförmiges, nach dem Pankreas durchgebrochenes, dort breit verwachsenes Geschwür. Lösung der Verwachsung und Ausschneidung, Heilung. Zigarettendrain zum Geschwürsbett am Pankreas. Verf. empfiehlt folgende Technik: Sehr reichliche Ausstopfung des hinteren Peritonealraumes mit Mull, ebenso der Magenhöhle nach Eröffnung. Die Eröffnung wird allmählich vorgenommen, um alle austretende Flüssigkeit sofort absaugen zu können. Der Magen wird durch mit Gummi überzogene große Klemmen abgeklemmt, welche durch Schlitze im Netz usw. durchgeführt werden. Ihr Abgleiten wird, wenn nötig, durch Fassen der Gummiröhren am Ende durch Klemmen verhindert. — C. zieht die Ausschneidung des Geschwürs, die nur am Pylorus schwieriger ist, der Gastroenterostomie vor.

Trapp (Riesenburg).

---

48) **O. Kelling (Dresden). Über mechanische Methoden zur Stillung gefährlicher Magen- und Darmblutungen.** (Münch. med. Wochenschrift 1910. Nr. 51.)

K. empfiehlt bei Blutung aus den submukösen Venen der Cardiagegend (Lebercirrhose) den Tamponverschluß der Cardia mittels eines durch die Nase eingelegten, unten mit einem aufblasbaren Gummibeutel versehenen dünnen Magenschlauchs. Da, wo die Blutung aus einer resistenten Stelle am Magen herzurühren scheint, ist die direkte Kompression dieser Resistenz durch eine leicht improvisierbare Pelotte von Erfolg begleitet; auch bei bestehender stärkerer Gastroptose läßt sich

durch Kompression des Magens die Blutung zum Stillstand bringen. Auch die Aufblähung des Kolon kann, wie K. beobachtet hat, bei Magenblutung zum Ziele führen. All' diese Verfahren sind gegenüber der Einblasung von Sauerstoff oder Luft in die Bauchhöhle mittels eingestochenem Trokar einfach und ungefährlich.

Kramer (Glogau).

---

49) F. Randisi (Palermo). L'esclusione del piloro col metodo del Parlavecchio. (Clin. chir. 1910. Nr. 12.)

Verf. hat vier Hunde nach der Methode von Parlavecchio operiert, d. h. er hat oralwärts von der Pylorusgeschwulst eine Schlinge um den Magen geführt, dieselbe so stark angezogen, daß keine Speisen mehr durchgehen konnten und eine Gastroenterostomie gemacht. Er fand, daß das zusammengepreßte Gewebe degeneriert und durch neues Bindegewebe ersetzt wird. In den ersten 48 Stunden bildeten sich über dem strikturierenden Faden seröse Verklebungen. Ein vollständiger Verschluß des Pylorus ist gut möglich. Indikationen zur Operation sind Pyloruskarzinome, die nicht exstirpiert werden können, und Geschwüre. R. empfiehlt, ein dickes Band zur Verschließung zu nehmen und es mit einigen Nähten an der Serosa zu befestigen. Elastische Seidenfäden sind nicht zu empfehlen, weil sie vor der Bildung fester Narben durchschneiden. Der Unterbindungsfaden soll nur so stark angezogen werden, daß keine Spannung entsteht.

Stocker jun. (Luzern).

---

50) Millspaugh. The present status of gastric carcinoma. (Southern California practitioner 1911. Januar.)

Neuere Forschungen scheinen uns in der so schwierigen Diagnose des beginnenden Magenkarzinoms einen Schritt weiter zu bringen.

Vor allem sollte die mikroskopische Untersuchung des Spülwassers auf Geschwulstzellen viel häufiger gemacht werden, als dies in der Regel geschieht.

Pfeifer und Finsterer haben bei Meerschweinchen, welchen Serum Karzinomatöser ietraperitoneal eingespritzt war, und welchen nach 48 Stunden Karzinompreßsaft intraperitoneal eingespritzt wurde, typische, anaphylaktische Temperaturstürze beobachtet. Vielleicht bekommt der Nachweis der Anaphylaxie für die Differentialdiagnose und die Feststellung des Operationserfolges wie die Erkennung von Rezidiven Bedeutung.

Eine andere Methode beruht auf der Meiostagminreaktion, wie sie Ascoli und Izar angegeben haben. Sie fanden die Meiostagminreaktion, deren Hauptschwierigkeit in der Darstellung geeigneter Antigene beruht, bei bösartigen Geschwülsten mit äußerster Regelmäßigkeit positiv, bei nicht geschwulstverdächtigen Fällen ausnahmslos negativ.

Die dritte Methode beruht auf den Untersuchungen von Neubauer und Fischer aus der Münchener Klinik. Sie fanden im karzinomatösen Mageninhalt ein Ferment, das im Gegensatz zu Pepsin Glyzyltryptophan spaltet. Dieses Ferment wird durch 0,36%ige Salzsäure vernichtet. Die Methode ist nicht zu verwenden, wenn Blut und Pankreassaft im Magen ist.

Einen Schritt weiter in der Magenkarzinomdiagnose kann uns eventuell die Röntgenuntersuchung bringen. Pfahler vertritt die Ansicht, daß man eine Geschwulst annehmen dürfe, wenn die Geschwulst die Bewegungsrichtung der Nahrung durch den Magen verändert, wenn sie das Volumen vermindert oder die peristaltischen Bewegungen beeinträchtigt; ferner wenn der Magen aus seiner normalen

Lage verschoben wird, oder eine Einstülpung der Magenwand entsteht, oder die Entleerung des Mageninhalts beeinträchtigt wird.

Der Lösung des Problems der Behandlung inoperabler Geschwülste scheint man auch in der letzten Zeit etwas näher zu kommen. Dem kürzlich verstorbenen Hodenpyl gelang es durch Einspritzung von Ascitesflüssigkeit in die Geschwulst selbst und in deren Umgebung Besserung, zum Teil Heilung zu erzielen. In ähnlicher Richtung bewegen sich auch die Arbeiten der Amerikaner Vaughan, Coca und Gilman und des Belgiers Bertrand. Deetz (Arolsen).

---

51) Henry H. Janeway und Nathan W. Green. Zur operativen Behandlung des Cardiakarzinoms. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 303.)

Die Verff. haben im chirurgischen Laboratorium der Columbia-Universität (Prof. Josef a Blake) eine Cardia-Magenresektion nach eigenem Verfahren erdacht, das sie 19mal am Hunde und einmal am Menschen erprobten. Von den Hunden haben 12 die Operation überstanden, der Mensch starb. Die Operation wird unter Beigabe von Photogrammen kurz beschrieben. Sie wird in modifizierter Brauer'scher Kammer ausgeführt, und bedient sich Verf. eines der VIII. Rippe entlang laufenden Brustschnittes, der sich, vertikal umbiegend, in die Bauchhöhle fortsetzt; die VIII. Rippe wird reseziert. Die Cardia wird aus dem Zwerchfelle freigemacht, in der Bauchhöhle wird, soweit der orale Magenteil fallen soll, kleines Netz und Lig. gastro-colicum abgebunden, die Coronararterien des Magens an der Resektionsstelle unterbunden und getrennt. Der Magen wird, so weit er entfernt werden soll, durch die Zwerchfellücke in die Brusthöhle gezogen und nach Anlegung von Klemmen reseziert, desgleichen die Speiseröhre, worauf der Stumpf des Magens und der der Speiseröhre End-zu-End zusammengenäht werden. Da es sich zeigte, daß beim Hunde der starke Pylorus die flotte Speisenweiterbeförderung hinderte, wird schließlich noch eine Pyloroplastik vorgenommen. Beim Menschen wird das voraussichtlich entbehrlich sein. Das beschriebene Verfahren erzielt ein Fehlen aller Spannung an der Vereinigungsstelle. Bei den Hunden wurde der Magen bis zum präpylorischen Teil hinab reseziert. Bei dem operierten Mann mußte wegen starker Verwachsung die Milz mit entfernt werden.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

52) Philipp Lofaro. Ein neues Gastrostomieverfahren. Experimentelle Untersuchungen. (Deutsche Zeitschrift für Chir. Bd. CVIII. p. 307.)

Bei dem von L. ersonnenen Verfahren, das er in der chirurgischen Klinik zu Rom (Prof. Dr. Durante) bei acht Hunden erprobte, wird in der Mitte laparotomiert, durch einen stehenden Schnitt wird der linke Rectus in eine vordere und hintere Hälfte geteilt, dergestalt, daß der in die Muskelsubstanz gesetzte Schlitz dreieckig ist, mit breiter Basis an der Mittellinie, und in eine Spitze am Rectusaußenrande ausläuft. An dieser Spitze dringt das Messer wieder durch die Haut nach außen. Eine Falte der Magenwand wird durch den Rectusschlitz zur Wunde an der lateralen Dreiecksspitze herausgeführt, hier eingenäht und eröffnet, während die Basis der Magenfalte in die Basis des Rectusschlitzes vernäht wird. Die genesenen Hunde, durch das Maul gefüttert, gediehen gut. Ihre Magenfistel war stets kontinent, aber auch zum Eingießen von Flüssigkeit in den Magen brauchbar.

L. denkt, daß sein Operationsmodus auch für den Menschen gut passen wird. Erprobt bei diesem ist er noch nicht. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

53) y Ribas. The motility of the stomach after gastro-enterostomy. (Arch. of the Roentgen ray Nr. 126.)

Die Röntgenuntersuchung nach Gastroenterostomie ist der Sondenuntersuchung durch die Sicherheit und Bequemlichkeit für den Pat. überlegen. Mit ihr läßt sich die Motilität und die für die Entleerung des Magens nötige Zeit leicht feststellen. Die Art und die Kraft der Bewegungen kann durch sie ebenfalls beobachtet werden. Nach der Motilität unterscheidet R. drei Formen: Den rasch ermüdenden, den nach kurzer Ruhepause kräftig arbeitenden, den schlaffen Magen. Durch Erkennung der Art des Magens kann die Prognose genauer gestellt und die Diät entsprechend angepaßt werden. Die Wismutmahlzeit wird meist schneller entleert als die einfache Probemahlzeit, da das Wismut als Fremdkörper energisch wirkt. Beim erschlafften Magen wird mehr die rechte Seite ausgedehnt als die große Kurvatur. Der Teil, der sich am kräftigsten kontrahiert, ist der horizontale; am letzten erlischt die kontraktile Kraft der Pylorusgegend. Ist vor Ausführung der Gastroenterostomie der Pylorus noch einigermaßen durchgängig, so wird er es später oft völlig, und die neue Verbindung mit dem Darme schließt sich. Stets stimmten die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung mit denen der klinischen Beobachtung überein, und ließen den günstigen Einfluß der Operation auf die Magenentleerung erkennen. Trapp (Riesenburg).

---

54) Ricard et V. Pauchet. Ulcère duodénal. (Ann. intern. de chir. gastro-intestinale 1910. Nr. 2 u. 3.)

Nach den Berichten kommt das Dodenalgeschwür in England und Nordamerika bedeutend häufiger vor als in Frankreich; tatsächlich dürfte dies nach Überzeugung der Verff. nicht der Fall sein. Der Grund für die anscheinend geringere Häufigkeit ist darin zu suchen, daß die französischen Ärzte noch nicht die nötige Erfahrung in der Stellung der Diagnose besitzen. Oft wird das Leiden mit Magengeschwür, chronischer Appendicitis, Magenneurasthenie, perniciöser Anämie, Cholecystitis usw. verwechselt; meist wird das Duodenalgeschwür nur erkannt, wenn Komplikationen — Stenose, Blutung, Perforation, Eiterung — eingetreten sind. Selten wird bei Probelaparotomien das Duodenum nachgesehen; oft bei der Autopsie nicht genügend darauf geachtet.

In 95% der Fälle sitzt das Geschwür im Anfangsteil der vorderen Wand des Duodenum, ganz dicht am Pylorus. Selten kommen mehrere Geschwüre gleichzeitig vor; das männliche Geschlecht erkrankt häufiger an dem Leiden als das weibliche. Manche Chirurgen erklären, dank ihrer verfeinerten Diagnostik, daß das Duodenalgeschwür wesentlich häufiger als das Magengeschwür auftritt.

Eine besonders eingehende Darstellung finden Anatomie, Symptome, Diagnostik und Behandlung des Duodenalgeschwürs. Die Behandlung des chronischen Geschwürs muß eine chirurgische sein; durch innere Therapie wird oft nur eine unvollkommene, temporäre Heilung erreicht. Die chirurgischen Erfolge sind sehr gut, da die Mortalität bei einzelnen Chirurgen nur 1—2% beträgt.

Die Literatur über das Duodenalgeschwür ist sorgsam und kritisch verwertet, so daß die gründliche Arbeit auch die Aufmerksamkeit der deutschen Chirurgen in vollem Maße verdient. Glimm (Klütz).

---

55) A. Kühn. Zur Diagnose und Therapie des Duodenalgeschwürs. (Med. Klinik 1911. p. 92.)

Vorkommen in den verschiedensten Lebensaltern, bei Mann oder Weib, Entstehungsursachen, Anzeichen (Schmerz — nach Lage, Stärke, zeitlichem Auftreten, Ursache —, Erbrechen, Gelbfärbung der Haut, Blutungen, Glykosurie usw.), Verlaufseigentümlichkeiten.

Angeblich chronische Wurmfortsatzentzündungen, bei denen nach Entfernung des nur unbedeutend veränderten Wurmes (Schleimhautblutungen!) die Schmerzanfälle sich über kurz oder lang in unveränderter Form wiederholen, gehören größtenteils in das Gebiet der Geschwüre des Zwölffingerdarms. — Wiederholt hat K. beobachtet, daß ein Duodenal- und Magengeschwür trotz Gastroenterostomie und anscheinender Heilung noch nach langer Zeit infolge einer Verletzung von neuem schwere Blutung macht.

Da die Durchbruchgefahr beim Duodenalgeschwür noch größer ist als beim Magengeschwür, soll das Leiden früh festgestellt werden. Voran steht die innerliche Behandlung — durch zweckmäßige Ernährung, in den ersten 3—4 Tagen mehr nach Leube, dann mehr nach Lenhartz, sowie durch Arzneimittel, z. B. das nach bestimmten Vorschriften zu verabreichende Eskalin, eine Glyzerinpaste, die feingepulvertes Aluminium enthält, oder das gleichfalls meist wirksame, wenn auch manchmal Kolikschmerzen und Durchfälle verursachende Neutralon, ein Aluminiumsilikat.

Bei versagender innerlicher Kur oder bei Verengerungserscheinungen kommt die Gastroenterostomie in Frage, während die Eröffnung des Zwölffingerdarms und das Aufsuchen des Geschwürs zur Blutstillung nur bei lebensgefährlichen Blutungen angezeigt ist.

Kurze Zahlenübersicht über die bekannt gewordenen operativen Erfolge.

Georg Schmidt (Berlin).

---

56) Axhausen. Zur Technik der Netzplastik beim Ulcus duodeni perforatum. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 193.)

A. bediente sich in einem Falle von Ulcus duodeni perforatum (58jähriger Arbeiter, dessen Laparotomie wegen Peritonitis ein Geschwür mit runder bleistiftdicker Öffnung 2 Finger breit jenseits des Pylorus ergab) der von Neumann angegebenen Drainagemethode: Einführung eines Gummidrains, um welches eine Hülle von Netzplatten zusammengenäht wird. In den ersten Tagen sehr reichliche (etwa 1 Liter täglich) Entleerung von gallig aussehender Flüssigkeit, die später abnahm und vom 14. Tage an aufhörte. 40 Tage nach der Operation mußte wegen zunehmender Pylorusstenose noch gastroenterostomiert werden; schließlich völlige Heilung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

57) Jordan. Some intestinal cases. (Arch. of the Roentgen ray Nr. 126.)

Zur Untersuchung des Dünndarms, die nur seltener gute Ergebnisse liefert, muß man größere Wismutmengen anwenden als gewöhnlich, etwa die doppelte bis dreifache Gabe. Von Wismutkarbonat hat Verf. nie Schaden entstehen sehen. — Das Duodenum sieht man ab und zu in größter Deutlichkeit, den größten Teil des Jejunum und Ileum überhaupt nicht, von letzterem nur den unmittelbar vor der Ileocoecalklappe liegenden Teil, in dem sich das Wismut anzuhäufen scheint. Sicher zu untersuchen ist nur der Dickdarm. Verf. beschreibt eine Anzahl von Fällen, unter denen besonders einer interessiert, bei dem der ganze Wurmfortsatz

in größter Deutlichkeit auf der Platte erschien, und dessen Entleerung durch eigene Kontraktion beobachtet werden konnte. Vielleicht war die gute Füllung durch die Geschwulst des aufsteigenden Dickdarmschenkels bedingt, die die Untersuchung veranlaßt hatte. Die Operation bestätigte genau die Lage und Form des Wurmfortsatzes, wie er auf der Röntgenplatte zu sehen war.

Trapp (Riesenburg).

---

58) **Max v. Arx.** Hernia ventriculi epiploica und ihre Mechanik.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 430.)

v. A. operierte in dem von ihm geleiteten Solothurner Kantonsspital in Olten eine 77jährige Frau, die 3 Tage an unstillbarem Erbrechen gelitten hatte. Nach Öffnung der Bauchhöhle präsentierte sich ein mannskopfgroßer, stramm gefüllter, retroperitonealer Bruchsack, auf dem in der Mittellinie vertikal eine Partie Kolon festsitzend herabzog. Nach vertikaler Inzision rechts vom Colon entlang einem »feinen, weißen, fadenförmigen Gebilde« prolabiert ein sackförmiges, luftgeblähtes Eingeweide, das als Magen erkannt wird. Dasselbe retrahiert sich auf Druck nach oben rechts in der Richtung gegen das Foramen Winslowii, und unter Zug an der vorderen Magenwand erhält man ein langes Stück der großen Kurvatur. Schließlich entschlüpft der Magen gänzlich der Bursa omentalis, wonach das Kolonstück, das der Bruchsack trug, sich transversal legt und als Querkolon erkennbar ist. Der jetzt ebenfalls sich quer legende Schnitt durch den Bruchsack wird genäht, die Bauchhöhle geschlossen. Nach dem an Darmblutungen erfolgten Tode ergibt die Sektion starke Magendilatation, der genähte Schnitt in den »Bruchsack« sitzt im Mesocolon transversum, und das dem Schnitt entsprechende Stück des Quercolon zeigt starke Zirkulationsstörung (beginnende Gangrän) mit Blutungen in der Darmlichtung. Es mußte daher angenommen werden, daß bei der Naht im Mesokolon ernährende Gefäße des Kolon mit gefaßt waren. Die Erklärung v. A.'s für die sonderbare Dislokation eines Magenteiles in den Winslowschen Sack geht dahin, daß sich eine große Falte der stark dilatierten vorderen Magenwand zunächst nach rechts bis jenseits über den Rand des Lig. hepatoduodenale verlagerte. Dann trat dieselbe, sich um diesen Rand drehend und nach links rückend, hinter der hinteren Magenwand in den Winslow'schen Sack und bauchte jedenfalls infolge von Expansion seines gasigen Inhaltes die Vorderwand des Winslow'schen Sackes, also des Mesokolon zusammen mit dem Querkolon nach unten und rechts herüber. Auf 4 Tafeln und 4 skizzierten Figuren versucht v. A. die verwickelten Situsverhältnisse seines Falles genügend zu verdeutlichen. Trotzdem bleibt es schwer, sich die Topographie der Baucheingeweide, welche hier vorlag, ganz klar vorzustellen. (Dem Ref. ist es nicht gelungen.)

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

59) **Sante Solieri.** Über Invaginationen des Darmes im ileocoecalen Abschnitt in Zusammenhang mit dessen anatomischer Disposition.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 592.)

S. beschreibt eine von ihm mit Glück vollzogene Darmresektion wegen Invagination des Coecum und Colon ascendens in das Querkolon und knüpft hieran eine Allgemeinbesprechung der verschiedenen anatomisch unterscheidbaren Spielarten der in den Dickdarm erfolgenden Invaginationen. Er folgt dabei fast nur den Anschauungen französischer und italienischer Autoren.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

60) G. Gayet. Traitement de l'occlusion intestinale par l'appendicostomie. (Lyon méd. 1910. Nr. 51. p. 1025.)

Ein 69jähriger litt an zunehmend häufigen Anfällen von Darmverschluß, für den im eröffneten Leibe eine Ursache nicht gefunden wurde. Ein langer und freier Wurmfortsatz wird in die Bauchwunde eingenäht und sogleich an der Spitze eröffnet. Sondenerweiterung, Öleinspritzung. Alsbald natürlicher Stuhlgang. Nach 4 Wochen ließ man die Fistel zuheilen. Völlige Genesung, die bereits über 6 Monate anhält.

Ein 62jähriger Zuckerkranker erfährt den zweiten heftigen Anfall von Darmverschluß. Ein verdickter, kleiner und nach hinten innen geschlagener Wurmfortsatz wird zur Darmfistel benutzt, durch Katheter erweitert und mit Öl durchgespritzt. Auch hier nach einigen Tagen natürliche Stuhlentleerung.

Das Verfahren ist angezeigt bei chronischer Stuhlverhaltung, Megakolon, Darmlähmung, Darmverschluß unbekannter Herkunft, wenn einer Laparotomie der schlechte Allgemeinzustand entgegensteht, und bei Dickdarmgeschwülsten als Sicherheitsluftloch. Man kann die Coecostomie anschließen, wenn sich ein Wurmfortsatz nicht für die Fistelbildung eignet; sonst sofort voller Abschluß der Bauchwand und Eröffnung der in sie eingenähten Wurmspitze, von einem kleinen Schnitt aus, unter örtlicher Schmerzbetäubung. Der Darminhalt tritt dann, ohne die Haut und den Verband zu beschmutzen, durch den in die Wurmfistel eingelegten Katheter aus, den man nach Belieben zukorken und leicht so befestigen kann, daß der Kranke damit umherzugehen vermag. Die Fistel heilt von selbst zu; höchstens hat man nötig, sie mit dem Glüheisen etwas zu ätzen.

Es ist endlich Zeit, daß der Wurmfortsatz, der bisher nur Unheil stiftete, auch etwas Gutes leistet. Georg Schmidt (Berlin).

---

61) A. F. Berdjajew. Zur Frage vom primären Krebs des Wurmfortsatzes. (Wojenno-med. Journ. 1909. p. 421. [Russisch.])

22jähriger Soldat, Appendicitis. Es entwickelte sich ein faustgroßes Infiltrat. 4 Monate nach Beginn der Erkrankung, nachdem die akuten Symptome geschwunden waren, Operation. Am Bauchfell zahlreiche bis erbsengroße warzenförmige Vegetationen; Darmschlingen in der Ileocoecalgegend untereinander und mit dem Bauchfell verklebt. Mit Mühe gelang es, den Wurmfortsatz zu finden; Resektion. Nach 2 Monaten hatte sich der Zustand des Pat. bedeutend gebessert. — Die Vegetationen erwiesen sich als tuberkulös; das periphere Ende des Wurms war bis zur Größe einer Kirsche verdickt, und die mikroskopische Untersuchung zeigte rundzelligen Krebs der Submucosa, zum Teil auf die Muscularis übergreifend, und Tuberkel mit Riesenzellen in der Subserosa.

Ferner werden 108 Fälle aus der Literatur besprochen.

Gückel (Kirssanow).

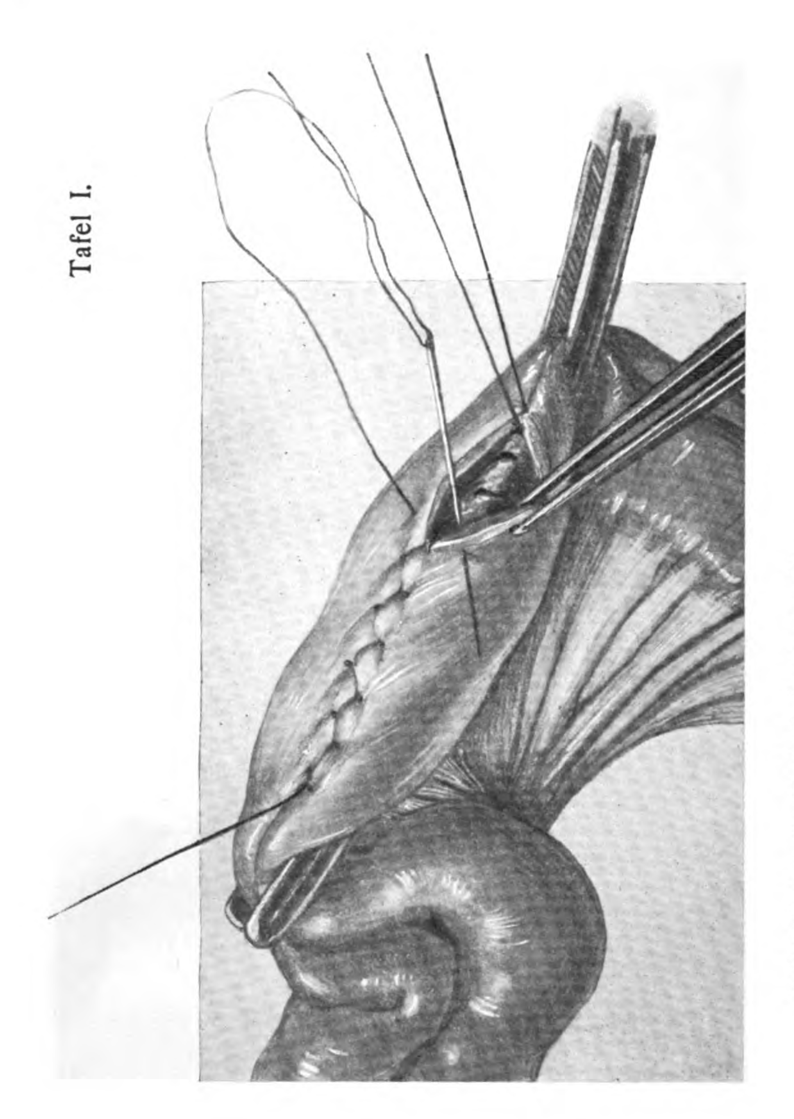
Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.



Tafel I.



V. Schmieden, Zur Technik der Darmnaht.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 15. Sonnabend, den 15. April 1911.

Inhalt.

I.

Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik in Berlin.
Direktor: Geheimrat Bier.

Zur Technik der Darmnaht; die fortlaufende Einstülpungsnaht bei der Enteroanastomose.

Von

Prof. Dr. V. Schmieden.

Mit einer Tafel.

Wenn man mit fortlaufender, zweietagiger Naht eine Anastomose zwischen zwei Darmschenkeln herstellt, so zerlegt sich diese Naht in eine hintere Serosanaht und eine hintere Schleimhautnaht; diesen beiden folgt ferner als dritte die vordere Schleimhautnaht und als vierte die vordere Serosanaht. Drei von diesen vier Nahtlinien sind technisch sehr einfach und lassen sich mühelos so ausführen, daß die gewünschte Lage der genähten Teile ohne weiteres erzielt wird; unbequem ist nur eine, und zwar die dritte, die vordere Schleimhautnaht; die Bezeichnung der Schleimhautnaht ist insofern nicht ganz korrekt, als wir dabei der

Blutstillung wegen zweckmäßig nicht nur durch die Schleimhaut, sondern durch alle Schichten der Darmwand stechen müssen; bei dieser dritten Nahtreihe legt sich gern die Schleimhaut zwischen die Wundränder, wir benötigen der Assistenz mit Pinzetten, und gar zu leicht wird dieser Teil der Naht wulstig und häßlich.

Dieser geschilderten Schwierigkeit will eine Technik der Stichführung abhelfen, die ich im folgenden beschreibe, die fortlaufende Einstülpungsnaht. Sie besteht darin, daß man nach Vollendung der hinteren Schleimhautnaht auf die Vorderseite in der Weise übergeht, daß man nahe am Wundrand die Nadel von innen nach außen führt, die ganze Dicke der Darmwand durchstechend, und nun fährt man in der gleichen Weise fort; es wird abwechselnd der rechte und der linke Wundrand mit ziemlich engen Stichen stets von innen nach außen stechend auf die Nadel genommen, wie die Abbildung zeigt, während die linke Hand das Fadenende gespannt hält; Assistenz ist dabei kaum erforderlich; es empfiehlt sich, mit fortlaufendem Seidenfaden und gerader Schneidernadel zu nähen. Die Wundränder des Darmes stülpen sich von selbst in feiner Zickzacklinie ein (siehe Tafel). Selbstverständlich folgt dieser Naht dann noch die vordere fortlaufende Serosanaht.

Nachdem ich das Verfahren erprobt, erfuhr ich, daß Rovsing sich einer ganz ähnlichen Technik bedient; da ich es aber noch nirgends beschrieben finde und auch noch nirgends von anderer Hand gesehen habe, so teile ich es in der Hoffnung mit, daß diejenigen Chirurgen es nachprüfen mögen, die es bisher noch nicht kannten.

Berlin, im März 1911.

II.

Ein operativ geheilter Fall von kongenitaler Dünndarmatresie.

Von

P. Fockens,

Chirurg in Rotterdam.

Die vielen Versuche, auf operativem Wege die mit kongenitaler Darmatresie behafteten Säuglinge ihrem sicheren Schicksal zu entringen, sind meines Wissens bisher immer an vielfachen Schwierigkeiten gescheitert. Deshalb scheint es mir angebracht, folgenden Krankheitsfall zu veröffentlichen.

Jan J. B. kam am 6. November 1910 in normaler Weise am Ende der Schwangerschaft zur Welt und wurde am 13. November in die Poliklinik des hiesigen Sophia-Kinderkrankenhauses gebracht mit der Angabe, er habe seit der Geburt noch gar keinen Stuhlgang gehabt, er erbreche dauernd die Muttermilch, und das Erbrochene stinke die letzten Tage mehr und mehr.

Status praesens: Gut entwickelter Junge, geringes Fettpolster. Bauch mäßig aufgetrieben, weich, ohne Muskelspannung. Leberdämpfung verkleinert, sonst überall Tympanie. Der Nabelschnurstumpf ist noch eben angeheftet; kein Nabelschnurbruch. After normal nach Form und Weite, läßt den kleinen Finger eindringen, der in den normalen, aber ganz leeren Mastdarm gerät, auch höher hinauf nichts Besonderes fühlt.

Bis zum nächsten Tag keine Darmentleerung; wiederholtes Erbrechen deutlich fäkulenter Massen. Bauch mehr aufgetrieben und gespannt; ab und zu sind die

dilatierten Darmschlingen und ihre vermehrte Peristaltik deutlich durch die Bauchdecken hin sichtbar.

Die Diagnose wird mit höchster Wahrscheinlichkeit auf kongenitale Darmatresie hin gestellt. Mediane Laparotomie nach Exzision des leicht blutenden Nabels. In der Bauchhöhle ziemlich viel klares Serum. Viele stark dilatierte Dünndarmschlingen treten heraus, alle mit glänzender Serosa. In der Ecke links unten liegt ein Knäuel stark kollabierter Dünndarmschlingen. Die Übergangsstelle zwischen den beiden Teilen liegt (nach Schätzung) an der Grenze des unteren und mittleren Drittels des Dünndarms und zeigt die auf nebenstehender Figur gezeichneten Verhältnisse.



An einer ca. 4 cm langen Strecke fehlt der normal entwickelte, mit einer Lichtung versehene Darm; der Rand des übrigens normal aussehenden Mesenterium ist hier von einem runden leicht abgeplatteten Strang (einer Taenia coli ähnlich) gesäumt, der nach beiden Seiten in den Darm übergeht, jedoch nicht gerade in die blind geschlossenen Enden, welche sowohl zentral als peripher einen kleinen Blindsack bilden, welcher entlang dem Strang frei hinausragt. In der Bauchhöhle keine Spur von Entzündung, Adhäsionsbildung usw.

Da die abführende Schlinge bei der Inspektion bis an das S romanum keine weiteren Abnormitäten zeigt, entschließe ich mich zur Bildung einer seitlichen Enteroanastomose. Ab- und zuführende Schlinge werden nach Fortschaffung des Inhaltes auf einige Zentimeter Entfernung von der Atresie zwischen Doyen-schen Darmkompressorien gefaßt und nebeneinander gelagert. Hintere Serosanaht mit einzelnen Seidenknopfnähten. Nach Öffnung der Lichtungen fortlaufende Seidennaht, erst die der Hinterwand, dann die der Vorderwand, zum Schluß vordere Serosanaht mit einzelnen Seidenknopfstichen.

Nach Entfernung der Kompressorien warte ich einen Moment, bevor ich die Eingeweide in die Bauchhöhle zurückbringe: erstens um zu sehen, ob die abführende Schlinge sich füllt, was sehr schön sichtbar geschieht, erst das Blindsäckchen, dann die abführende Schlinge. Und zweitens, um zu erfahren, ob vielleicht der Blindsack, der niemals funktioniert hat, eine Öffnung oder eine schwache Stelle zeigen möchte, was nicht der Fall ist. Nach Reposition der Eingeweide wird die Bauchhöhle mit einer einzigen Reihe, alle Schichten der Bauchwand fassender seidenen Knopfnähte geschlossen.

Zu bemerken ist noch, daß die zuführende Schlinge Mekonium enthielt, die abführende leer war; das bischen Darmschleim war ungefärbt.

Die fast eine Stunde dauernde Operation hatte folgenden Erfolg. Das Erbrechen wurde während der nächsten 2 Tage allmählich weniger fäkulent, und hörte vom 2. Tage ab gänzlich auf. Die Muttermilch, 30 g jede 3 Stunden, wird weiter gut genommen.

Am 1. Tage p. op. erfolgt dreimal sehr stinkende dünne Darmentleerung; im Laufe der nächstfolgenden Tage bessert sich auch der Stuhlgang und kommt bald goldgelb, geruchlos, regelmäßig 3—5mal pro Tag. Die Temperatur ist am 1. Tag p. op. morgens 40,1, abends 41°, sinkt am 2. Tage auf 38,4 abends und wird

bald normal. — Die Nähte entferne ich am 6. und 10. Tage p. op., und am 12. Tage p. op. wird das Kind ganz gesund entlassen. Einer drohenden Diastase der Mm. recti wird durch Heftpflasterverband vorgebeugt.

Dieser Krankengeschichte habe ich nur weniges hinzuzufügen. Denn erstens hat eben der glückliche Ausgang mir die Gelegenheit genommen durch weitere anatomische Untersuchung einen Beitrag zur Klärung der Ätiologie zu liefern. Nur dies kann ich sagen, daß die Kreuter'schen Anschauungen[1] mir am meisten imponieren, und dann auch, daß nach dem, was ich bei der Operation gesehen habe, keine Spuren von abgelaufener Entzündung oder Abschnürung vorlagen, sondern daß man sich den Befund nur als durch einen im Darmkanal selbst stattgefundenen Entwicklungsfehler entstanden erklären konnte.

Daß Laméris[2] nach seinem Befund wenigstens einen Teil der Fälle als durch Abschnürung des Darmes im Nabelstrang entstanden wissen möchte, ist aber auch ganz verständlich.

Noch einige Worte über den therapeutisch einzuschlagenden Weg, der selbstverständlich nur operativ sein kann.

Abgesehen von der Herstellung eines widernatürlichen Afters, welcher doch nur bei sehr tiefsitzenden Atresien dauernd nützlich sein kann, stehen uns bei der am häufigsten vorkommenden Dünndarmatresie zwei Wege offen: a. Enteroanastomose, b. Enterostomie.

Die Enteroanastomose, welche aus technischen Gründen wohl immer eine seitliche sein wird, und welcher man wohl niemals eine nur zeitraubende Resektion des atretischen Darmstückes vorausschicken dürfte, würde man a priori als den einfachsten und zutreffendsten Weg zur Heilung ansehen. Und doch kommt Braun[3], auf Literaturstudien und eigener trüber Erfahrung fußend, zur Ablehnung der Enteroanastomose und zur Befürwortung eines von ihm ersonnenen komplizierten Enterostomieverfahrens. Eben durch diese Kompliziertheit wird der einzige vorläufige Vorteil der Enterostomie, ein kurz dauerndes und wenig angreifendes Verfahren zu sein, fortgenommen. Nur die Überzeugung, daß die Anastomose technisch sehr schwierig, ja unausführbar sein wird, kann meines Erachtens zu diesem Vorschlag geführt haben.

Nun, technische Schwierigkeiten gibt es hier freilich manche. Die zuführende Schlinge ist enorm dilatiert, ihre Wand geschwollen, ja vielleicht schon hypertrophisch; die abführende Schlinge dagegen dünn und zusammengefallen, fast ohne Lumen. Unter diesen Umständen ist die Technik schwierig, das empfand auch ich. Die Befürchtung Braun's, daß die Anastomose »wohl niemals mit Aussicht auf Erfolg zur Ausführung gebracht werden wird«, hat sich jetzt aber als unzutreffend gezeigt.

Ich kann mir denken, daß bei reeller »Hypoplasie« der abführenden Schlinge die Naht technisch unausführbar sein, oder jedenfalls die Peristaltik nicht imstande sein wird, das zähe Mekonium hinein zu treiben, und daß die Naht zuletzt nachgeben wird; aber, was wird in solchen von vornherein verurteilten Fällen die Fistel für dauernden Nutzen stiften können?

---

[1] Kreuter, Die angeborenen Verschließungen und Verengerungen des Darmkanals im Lichte der Entwicklungsgeschichte. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. LXXIX (1905).
id. Zur Ätiologie der kongenitalen Atresie des Darmes und Ösophagus. Archiv f. klin. Chir. Bd. LXXXVIII (1909).

[2] Laméris, Congenitale atresie van den dunnen darm. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1900. Deel II. Nr. 9.

[3] Braun, Beiträge z. klin. Chir. Bd. XXXIV. 1902.

Meine Ansicht ist also, daß in den überhaupt operablen Fällen eine schnell, aber tadellos angelegte Anastomose die beste Aussicht auf radikale Heilung geben wird. Ist dies bei bestehender Hypoplasie der abführenden Schlinge unausführbar, dann ist eine Braun'sche Enterostomie sicher geeignet, die Ileusbeschwerden fortzuschaffen, also palliativ von großem Wert; und bei sich zeigender Zähigkeit des jungen Lebens kann man immer noch versuchen, das Braun'sche Schema bis zum Ende durchzuführen.

Meines Wissens ist also zum erstenmal eine kongenitale Darmatresie auf operativem Wege dauernd geheilt worden. Jetzt, 5 Monate p. op., ist mein kleiner Patient ein wohlgenährter Säugling, der die Muttermilch gern nimmt, niemals erbricht und normalen Stuhlgang hat. Seine Mutter sagt, er schreie fast nie, was jedenfalls beweist, daß keine Stenosebeschwerden ihm das Leben verbittern. Auch die drohende Diastase der Mm. recti ist ganz zurückgegangen.

Februar 1911.

1) Verhandlungen des III. Kongresses der Ungarischen Gesellschaft für Chirurgie. Budapest 1910.

Berichtet von

Dr. Emerich Gergö,

Assistent der I. chirurgischen Universitätsklinik in Budapest.

Das erste Hauptthema bildete die Frage der Behandlung des Ileus.

Referenten: H. Hültl (Budapest) und K. Martiny (Trencsén).

Hültl stellt die Indikationen der Behandlung folgendermaßen: Eine interne Therapie ist nur dann gestattet, wenn wir im sicheren Besitze einer präzisen und detaillierten Diagnose einer solchen Erkrankung sind, die durch interne Behandlung geheilt werden kann.

Im Falle eines mechanischen Darmverschlusses muß unbedingt zur Laparotomie geschritten werden. — In Fällen, wo zwischen mechanischem und funktionellem Ileus nicht sicher entschieden werden kann, ist eine Laparotomie begründet, wenn bei interner Behandlung nach mindestens 24 Stunden keine Besserung eintrat.

Als Operation kommen Enterostomie und Laparotomie in Frage; letztere aus dem Grunde, daß wir nach dem Aufsuchen des Hindernisses die Durchgängigkeit des Darmes wieder herstellen.

Kann das Hindernis nicht fortgeschafft werden, dann schreiten wir zur Enteroanastomose oder legen einen Kunstafter an; können wir das Hindernis entfernen, so machen wir entweder eine Detorsion, Resektion, Enterotomie, Darmablösung, Enteroplastik oder Desinvagination.

Die Gesamtmortalität schätzt H. bei der neueren, vollkommenen Technik auf ungefähr 40%.

Martiny (Trencsén) befaßte sich hauptsächlich mit der Behandlung des Obturations- und Strangulationsileus. Bei dem Obturationsileus soll nach M. dann operiert werden, wenn die Integrität des Darmes gefährdet ist; dieser Zeitpunkt kann nicht sicher entschieden werden, der Allgemeinzustand und die lokalen Symptome sind uns kein sicherer Wegweiser. Demgemäß sollen wir mit der Operation nicht länger als 48 Stunden warten. Beim Strangulationsileus muß nach M. unverzögert laparotomiert werden, wenn es der Allgemeinzustand des Kranken nur erlaubt.

Die verschiedenen in Frage kommenden Operationen (Desinvagination, Lösung von Darmknoten, Darmresektion, Anlegung von Anus praeternaturalis usw.) werden eingehend gewürdigt.

Auch nach M. nimmt in neuester Zeit die Mortalität der operativ behandelten Ileusfälle in erfreulicher Weise ab.

Diskussion. Alapy (Budapest) ist ein Feind des Mikulicztampons, da derselbe durch Verwachsungen zu postoperativem Ileus führen kann. Zur Drainage der Bauchhöhle benutzt er Zigarettendrains.

Manninger (Budapest) beginnt die Ileusoperation mit der Anlegung einer Witzel'schen Darmfistel an der erstbesten geblähten Darmschlinge. Erst nach der Enterostomie schreitet er zur Aufsuchung des Hindernisses.

E. v. Herczel (Budapest) ist bei mechanischem Ileus ebenfalls ein Freund der Enterostomie, bei Strangulationsileus jedoch nicht. Ileus operiert er nur in Lokalanästhesie; zur Drainage benutzt er Glasdrains.

H. Hültl (Budapest) und L. Adám (Budapest) berichten über je einen Fall von Gallensteinileus. Beide Kranken heilten.

W. Manninger (Budapest) operierte 6 Fälle von Gallensteinileus; von seinen Kranken sind 3 gestorben.

E. A. Pólya (Budapest) sah bei Gallensteinileus Zeichen von chronischem Darmverschluß.

L. Adám (Budapest) berichtet über die Ileusstatistik Hültl's (Budapest).

In 7 Fällen	von	paralytischem Ileus	betrug	die	Mortalität	7,14%	(5 †),
39	»	» Obturationsileus	»	»	»	43,5%	(17 †),
41	»	» Strangulationsileus	»	»	»	43,9%	(18 †),
6	»	» Intussuszeptionsileus	»	»	»	33,3%	(2 †).

Die Gesamtmortalität betrug somit 45,1%, d. i. 42 Todesfälle.

F. v. Fáykiss (Budapest) berechnet die Mortalitätsstatistik bei Ileus auf Grund von 48 operierten Fällen der II. chirurg. Univ.-Klinik in Budapest (Direktor Hofrat Prof. E. v. Réczey) auf 35,5%.

Gestorben sind gerade jene Fälle, welche zu spät (mit 8—10 Tage langem Darmverschluß) zur Operation gelangten.

E. A. Pólya (Budapest) bespricht auf Grund von zwei Fällen eingehend die Symptomatologie und Therapie des arteriomesenterialen Ileus. Gelangen wir mit der Entleerung des Magens oder Trendelenburg'scher Position oder Bauchlage nach Schnitzler oder Kelling'schen Lagerung auf die linke Seite bei erhöhtem Becken — nicht zum Ziele, dann schreiten wir zur Gastroenterostomie oder noch zweckmäßiger zur Jejunostomie. Per os darf keine Nahrung gegeben werden; zum Ersatze des Flüssigkeitsverlustes sind Kochsalzinfusionen empfehlenswert.

E. v. Herczel (Budapest) beobachtete 6 Fälle von arteriomesenterialem Ileus. Zwei seiner Kranken heilten nach unblutigem Verfahren, zwei nach Jejunostomie.

A. Winternitz (Budapest) sah bei einem Typhusrekonvaleszenten nach Trinken von großen Wassermengen arteriomesenterialen Darmverschluß.

W. Tauffer (Budapest) hat in neuester Zeit beim modernen aseptischen Verfahren keine operative Mortalität zu verzeichnen, sah auf seiner Klinik auch nie Fälle von postoperativem Ileus. Die sorgfältige Ausbreitung des Netzes nach der Laparotomie hält er für sehr wichtig.

D. Róna (Baja) beobachtete Kompression des Duodenum durch den erweiterten Magen im Anschluß an eine Laugenvergiftung.

M. Braun (Budapest) sah zwei Fälle von Ileus mit Schwangerschaft kombiniert. Solche Fälle müssen individuell beurteilt werden; in der ersten Hälfte der Schwangerschaft soll zuerst laparotomiert werden, mit möglichster Erhaltung der Schwangerschaft, in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ist der Uterus zu räumen und die Laparotomie nur dann auszuführen, wenn die Ausräumung des Uterus nicht zum Ziele führt.

M. v. Chudovszky (Sátoralja Ujhely) stellt einen Kranken vor, der vor 8 Monaten einen Bruch der Wirbelsäule erlitt. Nach Laminektomie und Entfernung von fünf Wirbelbögen trat eine auffallende Besserung der Paraplegie ein.

Des weiteren demonstriert v. C. eine Kranke, aus deren Wirbelkanale er vor einem Jahre ein Sarkom der Dura mater entfernte. Heilung.

A. v. Genersich jun. (Hódmezövásárhely) stellt einen Kranken vor, der mit einer Stichverletzung der Bauchhöhle, des Zwerchfells und des Herzbeutels in seine Behandlung kam. Operation unter den ungünstigsten äußeren Verhältnissen. Reaktionslose Heilung, welche v. G. nicht in letzter Reihe der Desinfektionsmethode von Grossich zu verdanken glaubt.

A. v. Genersich jun. demonstriert eine Pat., der er wegen Karzinom den Uterus samt einem 3 cm langen, karzinomatös infiltrierten Stück des linken Ureters entfernte. Reimplantation des Ureterstumpfes. Heilung.

K. v. Borszéky (Budapest) sprach über die Fermentbehandlung bei chronischen Eiterungen. Das Trypsinverfahren nach Jochmann versuchte er in 120 Fällen und erreichte damit bei den verschiedensten tuberkulösen Prozessen gute Resultate.

Das Goldenberg'sche Verfahren mit Protargol fand er zu umständlich, zu unsicher und schmerzhaft. In letzter Zeit behandelte er 64 Fälle mit Karbenzym nach Falk und Sticker.

Nach seiner Erfahrung ist diese letztere Methode ungefährlicher als die Trypsinbehandlung; das Karbenzym ist ein zuverlässiges aseptisches Präparat. Mehr als 1 ccm des Präparates soll jedoch auch bei größeren Abszessen nicht injiziert werden. Die eklatanteste Wirkung der Karbenzymbehandlung sah v. B. bei der Behandlung von Ganglien- sowie tuberkulösen Weichteilfisteln; ob das Verfahren auch bei kalten Abszessen sich besser bewährt, als die Behandlung mit Jodoformemulsion, müssen erst weitere Versuche entscheiden.

E. Gergö (Budapest) berichtet über neuere Untersuchungen auf dem Gebiete der Serumbehandlung eitriger Prozesse. Er versuchte das Antifermentverfahren durch andere Methoden zu ersetzen, so mit verschiedenen antiseptischen Lösungen, physiologischer Kochsalzlösung, isotonischen Lösungen Injektion von Nukleinsäure usw., schließlich auf den Rat von Fejes (Budapest) mit tierischen Sera. Er beschreibt eingehender die Technik, die Vor- und Nachteile der Behandlung, welch' letztere unbedeutend und bei entsprechendem Vorgehen leicht zu vermeiden sind.

G. kommt schließlich zu dem Schluß, daß das Antifermentverfahren bei der Behandlung akuter eitriger Weichteilabszesse durch das normale Pferdeserum ersetzt werden kann.

Nach den bakteriologischen und cytologischen Untersuchungen besteht die Wirkung des Pferdeserums hauptsächlich in einer Bakteriozidie, Hyperleukocytose und Phagocytose, im Gegensatze zu der Antifermentbehandlung, wo die Hauptrolle der chemischen Bindung der Fermente durch die Antifermente, mit einem Worte einem chemischen Agens zufällt.

L. Fejes (Budapest) sprach über die theoretischen Grundlagen dieses neuen Verfahrens. Ausgedehnte Tierversuche überzeugten ihn von der ständigen und sicheren Heilwirkung des Pferdeserums bei peritonealen Infektionen. Nachdem das Pferdeserum in erster Reihe die pathogenen Bakterien tötet und somit die Ursache des Prozesses — und nicht wie die neuen biologischen Verfahren, dessen Folgen — aufhebt, bildet das Verfahren eine Annäherung an die ätiologische Therapie.

A. R. Láng (Budapest) versuchte auf der Klinik Hofrat Prof. Dollinger's die intravenöse Hedonalnarkose in 17 Fällen. Das Mittel wurde in 0,75%iger Lösung gegeben. Die Indikationen des Verfahrens sind: 1) Operationen am Kopfe und am Halse und 2) akute Blutungen.

In zwei Fällen stellte sich postoperative Pneumonie ein; ein Kranker, der an einer schweren fettigen Entartung des Herzmuskels nach Coronarsklerose litt, starb $5^1/_2$ Stunden nach der Operation. Alles in allem hält L. die Hedonalnarkose für nicht minder gefährlich, wie die bisherigen Methoden.

Diskussion. Makara (Kolozsvár) weißt auf die große Gefahr der intravenösen Narkose durch eventuelle Bildung von Blutgerinnseln hin. Zur experimentellen Prüfung eines solchen neuen Verfahrens ist die Klinik wohl berufen, doch von Versuchen mit der neuen Methode in weiteren Kreisen rät er ab.

A. Bogdán (Balassagyarmat) empfiehlt seine Methode der Hautdesinfektion mit 1‰iger Jodbenzinlösung. Bei der Behandlung der Haut mit dieser Lösung wird das Fett samt dem daranhaftenden Schmutz sicher entfernt, worauf die Jodtinktur besser in die Tiefe dringt.

In der Diskussion erklärt sich Makara (Kolozsvár) als Anhänger des Verfahrens nach Grossich; A. Fischer (Budapest) bedient sich des Verfahrens Bogdán's mit dem besten Erfolge; W. Manninger (Budapest) und D. Róna (Baja) halten beide Verfahren für gleichwertig.

A. Fischer (Budapest) behandelt Brandwunden nach der Eröffnung der Brandblasen mit Dunstverbänden von physiologischer Kochsalzlösung. Die Heilung danach erfolgt auffallend schnell. Dieselbe Beobachtung machte A. Szigeti-Gyula (Kaposvár) nach Anwendung von Burowlösungen mit Alkohol.

J. Dollinger (Budapest) berichtet über die Heilung von schweren Gesichtsneuralgien durch tiefe Alkoholeinspritzungen. Das Verfahren besteht darin, daß an die Austrittstselle der Trigeminusäste am Schädelgrunde 2—3 ccm einer 80%igen Alkohollösung injiziert werden. Von 14 bisher behandelten Pat. verloren 8 ihren Schmerz sofort vollkommen; bei 3 Kranken mußten die Einspritzungen wiederholt werden; 3 Pat. hatten nach einer Injektion noch einige Parästhesien. D. empfiehlt die Methode aufs wärmste.

V. Dumitrianu (Budapest): Die Behandlung der Hämangiome mit Injektion von 70%igem Alkohol. Die Resultate können als gute bezeichnet werden.

E. Gergö (Budapest): Über die Technik der Gefäßnaht und der Gefäßtransplantation. Carrel's Verfahren hält G. für das zweckmäßigste. Er erprobte es am Hunde bei 15 Gefäßnähten und 15mal bei Gefäßtransplantationen, sowie einmal am Menschen nach der Schnittwunde der Art. radialis.

Diskussion. Fáykiss (Budapest) weist auf seine U-förmigen Nähte hin, die ein exaktes Aneinanderlegen der Intima in großer Ausdehnung erzielen.

L. v. Bakay (Budapest) demonstriert Röntgenogramme von mit Bismutplombe behandelten Knochendefekten.

H. Alapy (Budapest) bespricht die Technik der Proktoklyse. Er modifizierte das Verfahren Murphy's und konstruierte ein eigenes Instrumentarium; dasselbe wird demonstriert.

E. Gellért (Budapest) versuchte bei verschiedenen größeren Operationen die lokale Anästhesie. Er kommt zu dem Schluß, daß diese absolut ungefährliche Methode der Anästhesie die weiteste Verbreitung verdient; bei Kindern unter 15 Jahren kann sie wegen Mangels an Selbstbeherrschung der kleinen Pat. nicht ausgeführt werden; nervöse Personen sollen vor der Operation Sedativa bekommen.

Zweites Hauptthema: Die Behandlung der frischen Knochenbrüche der Extremitäten und die Indikationen des operativen Eingriffes bei denselben.

Referenten: E. Holzwarth (Budapest) und St. Sándor (Kolozsvár).

Holzwarth faßt die verschiedenen Methoden der Behandlung in folgende vier Gruppen zusammen: 1) Behandlung mit fixierenden Verbänden und Schienen, 2) Extensionsmethoden, 3) rein gymnastische Behandlung ohne Fixation, 4) operative Behandlung. Bei der ersten Methode erfahren besonders die verschiedenen Verfahren nach Dollinger, seine Gipsschienen- und Gehverbände, sowie die Prinzipien derselben eine ausführliche Erörterung.

Seine Schlußfolgerungen faßte H. in folgende zehn Punkte zusammen:

1) Bei der Behandlung der Brüche kommt vor allem die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit in Betracht, fast ebenso wichtig ist aber auch die anatomische Restitution, so daß wir in der Behandlung beiden Bedingungen Rechnung tragen müssen. Die Untersuchung mit Röntgenstrahlen dürfen wir weder bei der Diagnosestellung, noch bei der Behandlung und der Kontrolle der Heilung unterlassen.

2) Die Behandlung der Knochenbrüche soll keine schablonenmäßige sein; wir müssen stets jene Methode wählen, die unserem Zweck am besten entspricht.

3) Bei der Behandlung der Brüche der oberen Extremität bewährt sich die Behandlung mit Gipsschienen außerordentlich; sie ist ihrer Einfachheit und leichten Ausführbarkeit wegen sowohl für die Spitalsbehandlung als auch für die alltägliche Praxis vorzüglich geeignet.

4) Für die Behandlung der Brüche der unteren Extremitäten bewähren sich die Gehverbände nach Dollinger und die nach gleichen Prinzipien hergestellten zirkulären Lederhülsen sehr gut.

5) Bestehen Kontraindikationen des Gehverbandes, so eignen sich zur provisorischen Behandlung am besten die Extensionsmethoden; in zweiter Reihe folgt die Behandlung mit Gipsschienen. Sobald es nur möglich, soll ein Gehverband angelegt werden.

6) Die Extensionsbehandlung ist ihrer komplizierten Technik wegen mehr für die Spitalbehandlung geeignet, bzw. nur dort durchführbar, wo die Möglichkeit einer ständigen fachmännischen Kontrolle gegeben ist.

7) Das mobilisierende Verfahren nach Lucas-Championnière kann nur in solchen Fällen angewendet werden, wo keine besondere Dislokation, bzw. eine Neigung zu einer solchen besteht. Besonders die Brüche in nächster Nähe der Gelenke sind hierfür geeignet.

8) Ein operatives Verfahren ist in jenen Fällen indiziert, wo die Bruchflächen teils wegen starker Muskelspannung, teils wegen Weichteilinterposition sich nicht berühren und dieser Übelstand sich auf unblutigem Wege nicht beheben läßt; des weiteren, wenn die Dislokation durch konservative Methoden nicht ausgeglichen werden kann. Als Methode des blutigen Verfahrens kommen die Naht mit Metalldrähten, eventuell in geeigneten Fällen die Knochenbolzung in Frage.

9) Offene Brüche sind expektativ zu behandeln mit Hilfe solcher Verbände, wo die Wunden kontrolliert werden können. Ist die Gefahr einer Infektion vorüber, so geschieht die Behandlung nach denselben Prinzipien, wie bei den subkutanen Frakturen.

10) Bei Verletzung eines größeren Blutgefäßes müssen wir die Gefäßnaht ausführen; eine Unterbindung soll nur dann erfolgen, wenn die Vereinigung des Gefäßes nicht gelingt.

Bei Nervenverletzung soll möglichst früh die Nervennaht gemacht werden.

Der zweite Referent, St. Sándor, empfiehlt für fast sämtliche Arten der Extremitätenbrüche die Methode nach Bardenheuer. Nach seiner Erfahrung kehrt die Funktionsfähigkeit nach dieser Behandlung relativ am schnellsten zurück. Seine Ausführungen begleitet er mit der Demonstration von zahlreichen Röntgenbildern.

Diskussion. M. v. Chudovszky (S.-A.-Ujhely) empfiehlt außer der Fixation auch die venöse Hyperämie als einen vorzüglichen Heilungsfaktor bei der Behandlung von Brüchen.

K. v. Schiller (Budapest) schließt sich ganz den Ausführungen von Holzwarth an.

W. Manninger (Budapest) sieht die Ursache der besseren Resultate in neuerer Zeit darin, daß wir die anatomische Heilung mit Röntgenstrahlen kontrollieren und auch auf das funktionelle Resultat ein größeres Gewicht legen.

Das Bardenheuer'sche Verfahren ist nur in entsprechend eingerichteten Spitälern, in der Hand von eigens geschulten Extensionskünstlern am Platze, in der Privatpraxis hingegen müssen die Indikationen dieser Behandlung enger gestellt werden.

B. Widder (Budapest) zieht aus dem Materiale der gerichtlichen Fälle der Budapester Krankenkasse den Schluß, daß eine jede Methode bei entsprechender Anwendung gut sei.

E. Fischer (Budapest) bekennt sich als Anhänger der Bardenheuer'schen Behandlungsmethode und demonstriert zugleich sein Verfahren zur ambulanten konservativen Behandlung der Patella-, Olecranon- und gewisser Calcaneusbrüche (Rißbrüche des Tuber calcanei).

L. v. Bakay (Budapest) hält es für unrichtig, den Unterschied zwischen den Extensionsverfahren und den früheren Methoden allzusehr zu betonen. Es soll jeder Bruch individuell behandelt werden.

Derselben Ansicht ist auch E. v. Herczel (Budapest); er wendet beide Verfahren an und erörtert die speziellen Indikationen einer jeden Behandlungs-

methode. — Das Extensionsverfahren ist nach ihm unleugbar ein großer Fortschritt in der Behandlung der Knochenbrüche.

M. v. Chudovszky (S.-A.-Ujhely) wendet sich gegen den Ausdruck der sog. typischen Radiusbrüche. Die Anatomie dieser Brüche ist so verschieden und so vielen Variationen unterworfen, daß hier von einem Typus nicht die Rede sein kann.

J. Dollinger (Budapest) weist darauf hin, daß an seiner Klinik außer den Gipsverbänden und Gipsschienen auch Apparate angewendet werden, welche er nach analogen Grundsätzen wie die Verbände konstruierte und bei denen mit Hilfe von Schrauben die Distraktion gesteigert werden kann. An der Hand der vom Referenten St. Sándor demonstrierten Bilder beweist er, daß das anatomische Resultat nach der Bardenheuer'schen Behandlung in einer großen Zahl der Fälle kein gutes war. Das Verfahren von E. Fischer zur Behandlung der Kniescheibenbrüche hält er nur für gewisse akute Fälle verwendbar; bei Interposition oder chronischen Kniescheibenbrüchen können wir ein gutes Resultat nur mit der Knochennaht erreichen.

L. Makara (Kolozsvár) meint, daß zu einem Urteile der wirklich idealen Methoden die Krankenversicherungsgesellschaften am kompetentesten wären. Was immer für eine Methode angewandt wird, die Hauptsache bleibt, daß der behandelnde Arzt sich auch mit den Detailfragen beschäftige und ein großes Gewicht auf die Nachbehandlung lege.

E. Kopits (Budapest) korrigierte bei einem 16jährigen Mädchen einen deform geheilten Schenkelhalsbruch 6 Monate nach erlittenem Trauma durch Reinfraktion; die Verkürzung wurde von $2^1/_2$ cm auf $^1/_2$ cm reduziert, das funktionelle Resultat war ein sehr gutes.

A. Sturm (Budapest) trug über die Schienenbehandlung der Unterkieferbrüche vor.

A. Winternitz (Budapest) verzichtet bei den periartikulären Brüchen auf die bloßen Fixations- und Extensionsmethoden und läßt hier der Knochennaht eine größere Rolle zukommen.

J. Lévay (Budapest) beobachtete auf der I. chirurg. Abteilung der Budapester Krankenkasse in den letzten 2 Jahren 753 Knochenbrüche. Am häufigsten fand er den Bruch des Vorderarmes, sodann folgten in der Häufigkeitsstatistik die Brüche der Phalangen, des Unterschenkels, des Oberarmes, des Schlüsselbeines, der Rippen, der Metakarpal- und Metatarsalknochen und des Femur; am seltensten waren die Brüche der Wirbelsäule, der Kniescheibe, der Tarsal- und Carpalknochen. Zur ambulanten Behandlung der Knochenbrüche hält er das Immobilisierungsverfahren mit Gipsschienen für das zweckmäßigste.

Im Schlußwort verteidigte sowohl Holzwarth als auch Sándor von neuem ihren Standpunkt.

A. Gyergyai (Kolozsvár) demonstriert sein neues Verfahren zur direkten Untersuchung des Rachens, der Nasen-Rachenhöhle, der Choanen und der Tubengegend.

M. Paunz (Budapest) und A. Winternitz (Budapest) liefern neuere Beiträge zur praktischen Verwertung der direkten Laryngo- und Tracheobronchoskopie.

In den letzten 2 Jahren wandten sie die Methode mit Hilfe des Brüningsschen Elektroskopes 11mal an. 2mal wurden Papillome und 9mal Fremdkörper entfernt. Sämtliche Fälle heilten.

E. Gellért (Budapest) stellt einen Kranken vor, dessen ausgedehnten Schädeldefekt er mit einem Weichteil-Periost-Knochenlappen nach Müller-König deckte; nach der Operation blieben die Jackson'schen Anfälle aus.

E. A. Pólya (Budapest) zeigt einen wohlgelungenen Fall von Nasenspitzenplastik nach der italienischen Methode.

F. Obál (Budapest) demonstriert einen geheilten Fall von ausgedehnter isolierter Pleuraverletzung.

A. Winternitz (Budapest) beobachtete in zwei Fällen typische Appendicitiserscheinungen bei beginnender Pneumonie. Das wichtigste differential-diagnostische Zeichen ist, daß trotz der großen spontanen Schmerzen die reflektorische Spannung der Bauchdecken fehlt, oder nur gering ist.

A. Rosenák (Budapest) bespricht die Methoden der Appendixoperationen auf der Abteilung Primarius Hültl's.

E. v. Herczel (Budapest) entfernte ein kopfgroßes Cystadenoma glandulare pseudomucinosum, das sich aus der Anlage eines dritten Eierstockes innerhalb 7 Jahren entwickelt hatte. Heilung.

A. Lumnizer (Budapest) operierte zwei Fälle von Pankreasnekrose. Die Kranken heilten. Zugleich referiert er über zwei Fälle von partieller Leberresektion.

K. v. Borszéky (Budapest) beobachtete einen Fall von Cholelithiasis mit der Perforation eines haselnußgroßen Cysticussteines; der perforierende Stein saß über der Gallenblase in einem Knäuel des Netzes. Es bestand zugleich eine Striktur des Pylorus. Exstirpation der Gallenblase, vordere Gastroenterostomie, Heilung.

E. Gellért (Budapest) sah je einen Fall von solitärer Tuberkulose der Leber und der Gallenblase auf der Abteilung von Prof. v. Herczel.

E. A. Pólya (Budapest) erörtert den Mechanismus der retrograden Bruchinkarzeration. Seine Hauptfolgerungen sind: 1) Die retrograde Inkarzeration kommt dann zustande, wenn im Bruche zwei Darmschlingen inkarzeriert sind; jene Schlinge, welche diese zwei inkarzerierten Schlingen verbindet, bleibt in der Bauchhöhle zurück und nekrotisiert gewöhnlich innerhalb einiger Stunden auch dann, wenn die zwei inkarzerierten Darmschlingen anscheinend gesund sind.

2) Die Nekrose der Verbindungsschlinge wird durch die Inkarzeration verursacht.

3) Finden sich im Bruche zwei Darmschlingen, so darf auch dann, wenn selbe intakt scheinen, so lange nicht reponiert werden, bis wir die Verbindungsschlinge aus der Bauchhöhle hervorgezogen und uns über ihren Zustand überzeugt haben.

Diskussion. W. Manninger bestätigt auf Grund zweier operierter Fälle die Ausführungen von Pólya.

A. Paunz (Budapest) versuchte im Falle eines Prolapsus recti, der schon des öftern vergebens operiert wurde, zuerst die Ventrofixation des retroflektierten Uterus nach Olshausen; hierauf wurde der ad maximum emporgezogene Mastdarm in seiner ganzen Länge an die rückwärtige Wand der Gebärmutter angeheftet. — Anderthalb Jahre nach der Operation ist die Kranke ohne Rezidiv.

P. hält für das erste Postulat einer idealen Prolapsoperation den vollständigen Abschluß des Douglas'schen Raumes.

Diskussion. J. Dollinger (Budapest) ist der Ansicht, daß wir auch bei großen Prolapsen zuerst die Methode nach Rehn versuchen sollen. Dieses Verfahren ist verhältnismäßig einfach; er selbst wandte es auch bei schweren Mastdarmprolapsen an und sah trotzdem kein Rezidiv.

E. Hevesi (Kolozsvár) meint, daß der Mastdarmvorfall der Frauen Teilerscheinung einer allgemeinen Enteroptose sei. Vom Rehn'schen Verfahren sah er ebenfalls sehr gute Resultate.

D. Balás (Budapest) besprach die Mastdarmkarzinome des jugendlichen Alters und referierte über fünf eigene Beobachtungen; der jüngste Kranke war 17, der älteste 23 Jahre alt.

Die Prognose der Operationen solcher Fälle ist absolut schlecht, über die Hälfte der Pat. starb schon im 1. Jahre teils an Komplikationen nach der Operation, teils an Rezidiven; auf eine Rezidivfreiheit über 3 Jahre kann man kaum rechnen.

H. Alapy (Budapest) besprach die Enderfolge der konservativen Behandlung der tuberkulösen Koxitis und Gonitis.

In 51 nachuntersuchten Fällen von Koxitis war das Endresultat in 24% der Fälle ausgezeichnet, in 29% gut, in 14% genügend und in 33% schlecht. Die Gesamtmortalität betrug 20,5%.

In 67 nachuntersuchten Fällen von Gonitis war das Resultat in 37,5% der Fälle ideal, in 18,75% gut, in einer ebenso großen Anzahl genügend und in 25% der Fälle schlecht. Die Gesamtmortalität betrug 14,9%.

Diskussion. J. Dollinger (Budapest) schreibt die guten Resultate Alapy's der konservativen Behandlung zu. Er nimmt Stellung gegen die primäre Resektion tuberkulöser Gelenke; es werden damit viele solche Gelenke vernichtet, die bei konservativer Behandlung heilen würden. Zum Ersatze der fixierenden Verbände konstruierte er seinerzeit auch Apparate, welche die Revision der Gelenke jederzeit gestatten.

In seinem Schlußwort hebt Alapy hervor, daß er entschiedener Anhänger der Methoden Dollinger's sei.

J. Dollinger (Budapest) trug über die Reposition der veralteten Verrenkungen des Schultergelenkes vor. Er beschreibt seine Methode, die offene Tenotomie des retrahierten Musculus subscapularis. Er versuchte seine Methode in 36 Fällen. In 31 Fällen gelang die Reposition leicht; in 4 Fällen, wo die Verrenkung mit einem Bruche des Humerushalses kompliziert war, mußte er resezieren, einmal führte er die lineare Osteotomie aus. Komplikationen können sein: Bruch des Humerushalses, Abriß des Tuberculum majus, Interposition der abgerissenen Sehne des Musculus subscapularis, Abriß des langen Bicepskopfes, Ruptur des Musculus subscapularis mit Durchtritt des Humeruskopfes, endlich Position des Humeruskopfes unter die großen Gefäße und Nerven, sowie die Verwachsung der letzteren mit dem Musc. subscapularis.

Die einzelnen Kunstgriffe zur Behandlung dieser Komplikationen werden der Reihe nach gewürdigt.

Beim Bruch des Tuberculum majus wird die Sehne des Musc. subscapularis zuerst auf die gewöhnliche Weise durchschnitten, dann dringt D. von rückwärts am Rande des M. deltoideus unter Schonung des Nervus axillaris zur Fovea

glenoidalis, reponiert den Oberarm und näht schließlich das Tuberculum majus an seine ursprüngliche Stelle zurück.

E. Hevesi (Kolozsvár) berichtet über vier Fälle von Förster'scher Operation. Zwei der Kranken werden demonstriert. Die Resultate waren ausgezeichnet.

Diskussion. W. Manninger (Budapest) führte die Operation zweimal aus; der eine Kranke verschied an akutem Hydrocephalus, beim anderen Kranken konnten die entsprechenden Wurzeln nicht mit absoluter Gewißheit bestimmt werden. Die demonstrierten Fälle Hevesi's hält er für die schönsten Resultate, die er nach der Förster'schen Operation überhaupt gesehen.

E. v. Herczel (Budapest) operierte wegen schwerer gastrischer Krisen nach Förster. Er resezierte den VI.—X. Wirbelbogen und exstirpierte die VII. bis X. hintere Wurzel; guter Erfolg.

A. Winternitz (Budapest) führte die Operation in 6 Fällen aus; im Falle von Idiotismus sah er keinen Erfolg.

T. v. Verebély (Budapest) operierte in zwei Fällen wegen gastrischer Krisen. In einem Falle kehrten die Krisen in 6 Monaten wieder. Der zweite Fall endete tödlich infolge reflektorischer Herzlähmung.

J. Dollinger (Budapest) empfiehlt zur Unterscheidung der sensiblen Wurzeln von den motorischen die sterilisierbaren Krause'schen Gehirnelektroden.

G. v. Lobmayer und W. Manninger (Budapest) sprechen über die Technik der Operation.

L. v. Bakay (Budapest) machte die Operation in drei Fällen. Er ist ein Anhänger der Operation in einer Sitzung. Bei der Isolierung der Wurzeln berücksichtigt er sowohl die anatomischen Verhältnisse, den Farbenunterschied, als auch die mechanische und elektrische Reizbarkeit.

E. Hevesi weist im Schlußwort darauf hin, daß er die Operation in einer Sitzung macht und stets drainiert.

K. v. Schiller (Budapest) stellt einen Fall von Arthritis deformans coxae posttyphosa vor.

D. Balás (Budapest) operierte einen Kranken mit Polyarthritis ossificans; durch eine Osteotomia subtrochanterica, Osteotomie nach Mac Ewen, sowie Redressements erreichte er ein gutes funktionelles Resultat.

K. v. Borszéky (Budapest) demonstriert eine pflaumengroße Gelenkmaus von 37 g Gewicht aus einem Kniegelenk.

Diskussion. J. Dollinger (Budapest) berichtet über zwei Fälle, wo sich ohne Trauma in beiden Kniegelenken Gelenkmäuse bildeten; die Operation zeigte, daß sich dieselben von korrespondierenden Stellen der entsprechenden Kondylen ablösten. P. Kuzmik (Budapest) sah eine Gelenkmaus, die aus einer Gelenkzotte entstanden war; ein dünner Stiel verband beide.

A. Fischer (Budapest) beobachtete Tarsalgie bei chronischer Verdickung des Fersenteiles der Fascia plantaris. Nach Exstirpation der entsprechenden Partie der Aponeurose trat vollkommene Heilung ein.

Diskussion. J. Dollinger (Budapest) sah Tarsalgien bei schlechtem Schuhwerke, bei Bursitis subcalcanea sowie bei Polyarthritis rheumatica; im letzteren Falle kann sich die Erkrankung mit Plattfuß komplizieren.

Die Behandlung soll in jedem Falle das Grundübel beseitigen.

K. Klekner (Budapest) demonstriert zwei Präparate von Aneurysma racemosum aus der Klinik Prof. Dollinger's. Mitteilung des histologischen Resultates.

K. v. Fáykiss (Budapest) und P. Steiner (Kolozsvár) berichten über je zwei Fälle von Divertikelsteinen der Harnröhre.

E. A. Pólya (Budapest) beobachtete die Entstehung einer Hydronephrose nach Trauma (Fall vom Pferde). Exstirpation des Sackes; Heilung.

E. v. Herczel (Budapest) sprach über zwei Fälle von Nierenresektion; in einem Falle geschah die Operation wegen einer vereiterten Nierencyste, im zweiten wegen Cystosarkom.

Diskussion. J. Dollinger (Budapest) erwähnt, daß er bei Nierencysten konservativ verfährt, d. h. reseziert. Bei Nebennierengeschwülsten exstirpiert er meist die ganze Niere mit.

L. Makara (Kolozsvár) wendet sich gegen die Nierenresektion bei Nierentuberkulose; gleicher Ansicht ist auch E. v. Herczel (Budapest).

G. Dirner (Budapest) referiert über 106 Fälle von Wertheim'scher Operation. Die Mortalität schwankt nach Jahrgängen zwischen 3,2—5,8%. Für sehr wichtig hält D. die Drainage des Operationsgebietes mit Jodoformgaze nach der Scheide.

Diskussion. St. v. Tóth (Budapest) spricht mit großer Anerkennung über die Erfolge Dirner's; er selbst operierte in letzter Zeit zehn Fälle von Uteruskarzinom nach Staude-Schauta. — Alle seine Kranken sind ohne Komplikation geheilt.

A. v. Genersich jun. (Hódmezövásárhely) stellt einen Kranken vor, den er wegen Prostataechinokokkus operierte. Drainage gegen das Perineum; Heilung.

P. Steiner (Kolozsvár) führte die Freyer'sche Prostatektomie in 40 Fällen aus. Er bespricht die Indikationen und Kontraindikationen sowie die Technik des Verfahrens; der Erfolg war in 30 Fällen ein vollkommener.

Zum Vorsitzenden für das Jahr 1911 wurde Hofrat A. Ludvik (Budapest) gewählt.

---

2) **Lord. The etiology of actinomycosis.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 15. 1910.)

In elf Fällen hat L. Ausstrichpräparate vom Inhalt kariöser Zähne gemacht und fünfmal den Inhalt kariöser Zähne eingebettet und in Serienschnitte zerlegt; in allen Fällen konnte er Mikroorganismen nachweisen, die ihrer Morphologie und ihrem Verhalten den Farbstoffen nach den Aktinomycespilzen glichen; das gleiche war der Fall bei Untersuchung vom Mandelkrypteninhalt von vier Personen.

Fünf Meerschweinchen injizierte Verf. den Inhalt kariöser Zähne in die Bauchhöhle, zehn Meerschweinchen den Inhalt von Mandelkrypten; in 60% der Fälle entwickelten sich im Netz entzündliche Geschwülste, die histologisch den Charakter aktinomykotischen Gewebes besaßen und in denen typische Aktinomycespilze sich fanden. W. v. Brunn (Rostock).

3) **C. A. Porter und Oscar Richardson. Two cases of „rusty nail“ tetanus, with tetanus bacilli in the inguinal glands.** (Publications of the Massachusetts General Hospital Vol. III. Nr. 2. Oktober 1910.)

Im Gegensatz zu der sonst allgemein geltenden Anschauung, daß die Tetanusbazillen auf die Stelle der Invasion im Organismus beschränkt bleiben, vermochten Verff. in zwei Fällen von infizierten Fußverletzungen virulente Tetanusbazillen in den inguinalen Lymphdrüsen nachzuweisen. Sie schlagen daher vor, bei der Behandlung des Tetanus die regionären Lymphdrüsen zu existirpieren und ihr Bett zu drainieren. E. Melchior (Breslau).

---

4) **C. D. Tox. A case of tetanus successfully treated with magnesium sulphate.** (Med. record 1910. Oktober 22.)

Verf. hat in einem schweren Falle von Tetanus, der ohne Erfolg mit Antitoxin behandelt war, Magnesiumsulphat angewandt. Es wurden 2 ccm einer 25%igen Lösung in den Rückenmarkskanal eingespritzt. Puls und Atmung blieben unbeeinflußt. 4 Stunden später ließen die Krämpfe der unteren Extremitäten nach. Vom 7. Tage ab zunehmende Besserung und völlige Wiederherstellung.

Revenstorf (Breslau).

---

5) **G. Ghedini (Genova). Le sierositi influenzali.** (Policlinico, sez. med. XVIII. 1. 1911.)

Auf Grund der kritisch gesichteten Literaturangaben und sieben selbst beobachteter Fälle berichtet Verf. kurz über insgesamt 17 unzweifelhafte Fälle von Entzündung seröser Häute im Anschluß an Influenza. Meist handelt es sich um Pleuritis, seltener um Peritonitis oder Pleuroperitonitis. Die Entzündung ist entweder eine primäre Influenzaerscheinung oder sekundär durch eine vorausgegangene Influenzabronchopneumonie oder -enteritis bedingt. Das Exsudat ist häufiger eitrig als serofibrinös.

Die Erkrankung setzt meist akut, brüsk ein; in seltenen Fällen bildet sich das Exsudat langsam und schleichend. Die Erscheinungen sind dieselben wie bei sonstigen Serosaentzündungen. Eitriges Exsudat macht den Eindruck einer Streptokokken-, Staphylokokken- oder Diplokokkeninfektion, seröses Exsudat den rheumatischer oder tuberkulöser Entzündung. Der Verlauf ist meist subakut, die Prognose in mehr als der Hälfte günstig.

Therapeutisch kommt bei sero-fibrinösem Exsudat Thorako- bzw. Paracentese, bei eitrigem Exsudat Thorako- und Laparotomie in Frage. Für die Diagnose ist Blutuntersuchung und Serodiagnostik von Belang.

M. Strauss (Nürnberg).

---

6) **Weil. Das bakterizide Vermögen seröser entzündlicher Exsudate.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Verf. hat in der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik eine Reihe von Versuchen angestellt, die ein Ergebnis hatten, das im Gegensatz zu der bisher bestehenden Anschauung stand, nach welcher den in den serösen Höhlen sich ansammelnden Transsudaten bisher nur eine unbedeutende Rolle im Kampf gegen eingedrungene Bakterien zugesprochen wurde. Die Versuche des Verf.s ergaben, daß das entzündliche Exsudat auf eine Reihe von Bakterien energisch bakterizid einwirkt, und zwar weit energischer als das Serum desselben Tieres. In den serösen, leukocytenarmen, entzündlichen Flüssigkeiten der Brust- und Bauchhöhle

kommt es zu einer beträchtlichen Anhäufung von bakterienfeindlichen Stoffen, und die Frühexsudate stellen ein bedeutsames Schutzmittel des Organismus dar.

Deutschländer (Hamburg).

---

7) H. F. Hartwell, Edward C. Streeter and Robert M. Green. Treatment of sepsis with bacterial vaccines. A report of 97 cases. (Publications of the Massachusetts General Hospital Vol. III. Nr. 2. Oktober 1910.)

Die Behandlung wurde nach der Methode von Wright vorgenommen. Auf Grund ihrer zum Teil in kurzen Krankengeschichtsauszügen niedergelegten Erfahrungen empfehlen Verff. den therapeutischen Gebrauch der Wright'schen Vaccine für Fälle von puerperaler Infektion, die bei der sonst üblichen Behandlung nicht sofort zurückgehen, und »gewissen« Fällen von lokaler Eiterung (Bauchdeckenabszesse, infizierten Hautwunden usw.). In Fällen, wie Empyem und Osteomyelitis war ein Heilerfolg nicht ersichtlich. E. Melchior (Breslau).

---

8) L. Strominger. Note sur un cas de septicémie gonococcique guérie par des injections de sérum antimeningococcique. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXVIII. II. 21. 1910.)

Der 49jährige Kranke litt im Anschluß an eine Gonorrhöe an den Erscheinungen einer schweren Gonokokkensepthämie: andauerndes Fieber, hochgradige Schwäche und Abmagerung, ikterische Hautfärbung, Schmerzen in der rechten Schulter usw. Im Harnröhrenausfluß fanden sich intra- und extrazelluläre Gonokokken, im Blute ließen sie sich nicht nachweisen. Das rechte Schultergelenk war der Sitz einer enorm schmerzhaften entzündlichen Anschwellung. Irgendein tieferer Eiterherd konnte nicht nachgewiesen werden; Nieren, Prostata, Samenbläschen normal. Injektionen von Wassermann'schem Antimeningokokkenserum; und zwar wurden innerhalb 4 Tagen vier Injektionen von je 10 g gemacht. Abfall der Temperatur, Hebung des Allgemeinzustandes, vollkommene Heilung. Wenn auch im Blute keine Gonokokken nachgewiesen werden konnten, so sprach doch das ganze Krankheitsbild entschieden für eine Gonokokkensepsis.

Paul Wagner (Leipzig).

---

9) M. Hirsch. Zur Antifermentbehandlung eitriger Prozesse. (Berliner klin. Wochenschrift 1910. Nr. 13.)

Die Versuche, die an der Schnitzler'schen Klinik mit dem Leukofermantin, einem genau genommen antitryptischem Ferment, vorgenommen wurden, hatten folgendes Ergebnis.

Progrediente Eiterungen, wie Furunkel, Phlegmonen, Mastitis, konnten niemals in merklicher Weise beeinflußt werden. Umschriebene Eiterungen konnte man durch die Antifermentbehandlung zur Heilung bringen. Aber die zur Heilung nötige Zeit war nie kürzer, sondern eher länger als bei der regelrechten chirurgischen Behandlung mit Inzision. Interessant ist auch, daß die Reaktion der Abszesse auf die einfache Punktion (Ritter) genau die gleiche ist, wie auf die Antifermentbehandlung. Die Rolle der Proteolyse bei Eiterungen ist von Müller, Peiser und anderen erheblich überschätzt; andere Schädlichkeiten — Bakterien, Toxine, Zirkulations- und Ernährungsstörungen — sind wichtiger.

Soll das Serum in kurzer Zeit seine Wirksamkeit entfalten, so muß es viel höherwertig als das normale menschliche Blutserum sein. Ein derartiges Serum

ist aber überhaupt nicht zu erhalten; nach angestellten Versuchen ist das Leukofermantin ärmer an Antifermentgehalt als das menschliche Serum.

Verf. schließt seine Arbeit mit dem Satz: Aus allen diesen Gründen kann man über die Antifermentbehandlung eitriger Prozesse — als gänzlich unwirksames Verfahren — zur Tagesordnung übergehen. Glimm (Klütz).

---

10) **J. Moldovan (Wien). Über die Wirkung intravaskulärer Injektionen frischen, defibrinierten Blutes und ihre Beziehungen zur Frage der Transfusion.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 52.)

Die intravenöse Injektion frischen, defibrinierten Blutes vermag bei Tieren derselben oder einer anderen Art sofortigen Tod unter anaphylaxieähnlichen Erscheinungen hervorzurufen. Die Todesursache ist eine intrakardiale bzw. intravaskuläre Blutgerinnung. Vorbehandlung mit Hirudin wirkt antagonistisch. Dieselbe Wirkung wie frisches defibriniertes Blut haben unter bestimmten Verhältnissen frisches Serum oder serumfreie, frische Erythrocyten. Die gerinnungserregende Wirkung ist labil und verschwindet nach etwa $^1/_2$ Stunde. Die Transfusion defibrinierten, homologen Blutes ist, zu kurze Zeit nach der Blutentnahme ausgeführt, als ein gefährlicher Eingriff zu bezeichnen.

Deutschländer (Hamburg).

---

11) **F. Costantine. La cutireazione con la tubercolina nella infezione sifilitica e nelle affezioni metasifilitiche.** (Policlinico, sez. prat. XVII. 48.)

Versuche an 37 nicht tuberkulösen Kranken ergaben, daß die Cutisreaktion mit Tuberkulin bei sicherer oder wahrscheinlicher luetischer Infektion positiv ausfiel. Die Cutisreaktion kann daher bei sicherem Ausschluß von Tuberkulose für die Annahme einer luetischen Infektion verwertet werden, wenn die Wassermann'sche Reaktion aus irgendwelchen Gründen nicht angestellt werden kann.

M. Strauss (Nürnberg).

---

12) **H. F. Hartwell und Edward C. Streeter. The therapeutic administration of tuberculin in surgical tuberculosis.** (Publications of the Massachusetts General Hospital Vol. III. Nr. 2. Oktober 1910.)

Verff. beginnen mit der Injektion von 0,1 mg unter allmählichem Ansteigen unter sorgfältiger Vermeidung einer etwa auftretenden Intoleranz; die Injektion erfolgt einmal wöchentlich; die schließlich erreichten Maximaldosen erreichen 1—3 mg. Die Drüsentuberkulose, um die es sich in den mitgeteilten Fällen fast ausschließlich handelt, gelangt bei längerer Behandlung (9 Monate und darüber) öfters zur Ausheilung in dem Sinne, daß ursprünglich vergrößerte Drüsen später nicht mehr nachweisbar sind.

Verff. rühmen außerdem eine resorbierende Wirkung auf periglanduläre Infiltrate; hierdurch kann eine später notwendige Exstirpation der Drüsen wesentlich erleichtert werden. E. Melchior (Breslau).

---

13) **S. Ligin. Ein Fall von Tuberculosis cutis propria, behandelt mit Tuberkulin Denys.** (Wratschebnaja Gaz. 1910. Nr. 46.)

12jähriger Knabe, der ganze Handrücken von einem tuberkulösen Geschwür ergriffen. Nachdem jede Behandlung umsonst war, erzielte L. endlich Heilung

mit Hilfe des Denys'schen Tuberkulins. Eigentümlich war dabei der Prozeß der Epidermisation: von beiden Seiten des Geschwürs wuchsen Epidermisvorsprünge einander entgegen, verschmolzen und teilten so das Geschwür in mehrere einzelne Felder, die immer zahlreicher und kleiner wurden. Gleichzeitig schwand die früher sehr starke Schmerzhaftigkeit. Gückel (Kirssanow).

14) **Da Costa. The diagnosis of postoperative insanity.** (Surgery, gynecology and obstetrics XI. 6.)

Geisteskrankheit als Folge von Operationen wird beobachtet sowohl nach sehr eingreifenden wie nach minder umfangreichen Operationen. Die Laparotomie ist z. B. nicht mehr belastet als andere Operationen. Besonders disponieren die Operationen an den Geschlechtsdrüsen, wahrscheinlich durch Fortfall der inneren Sekretion, während Hirnoperationen wohl Hirnstörungen, aber nicht öfter Geistesstörungen veranlassen als andere Operationen. Daß allgemeine Erschöpfung durch lange Krankheit zu Geistesstörung veranlagt, ist sicher; eine größere Rolle spielt die schon vorher vorhandene Anlage oder schon überstandene Geisteskrankheit und Furcht vor der Operation; schließlich können Shock, Blutverlust, Erschöpfung, toxische Einflüsse eine wichtige Rolle spielen. Alle möglichen Arten von Geistesstörungen werden beobachtet, maniakalische wie depressive. Bei der Diagnose hat man besonders zu berücksichtigen, daß Geistesstörungen durch andere Symptome vorgetäuscht werden können. Delirien aller Art, namentlich Fieber und Säuferdelirien können maniakale Zustände vortäuschen; auch an Morphiumsentziehungserscheinungen, Kokain- und Jodoformvergiftung sowie diabetische und urämische Zustände muß man denken. Hysterische Zustände, die nach Operation stark auftreten können, sowie die Vorboten der Dementia senilis gehören schon fast unter die Geistesstörungen. D. weist noch auf die Wichtigkeit rechtzeitigen Erkennens der Zustände hin, namentlich auf die der Vergiftungen. Trapp (Riesenburg).

15) **H. Ziegner. Über Chloroform-Sauerstoffnarkose.** Aus der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Berlin (Geh.-Rat Prof. Dr. Bier). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 49.)

16) **Ad. Schmid und O. David. Zur Chloroform-Sauerstoffnarkose.** Aus der Kgl. med. Univ.-Klinik zu Halle (Prof. Ad. Schmidt). Ibid. 1911. Nr. 1.)

Die von Z. an Tieren angestellten Versuche bestätigen die schon von anderen gegen den Wert der obengenannten Mischnarkose erhobenen Einwände. Die Tiere erwachen aus der Betäubung mit dem Chloroform-Sauerstoffgemisch langsamer als aus der mit dem Chloroform-Luftgemisch. Der klinische Verlauf der Narkose ist bei jenem nicht günstiger, als bei diesem; die Sauerstoffzufuhr bringt keinen einzigen Vorteil. Im Gegenteil tritt die Narkose bei ihr erst nach viel längerer Zeit ein. Der kohlensäureüberladene Pat. benötigt zur Narkose bei kürzerem Exzitationsstadium nur wenig Chloroform; geringe Kohlensäurebeimengungen zur Chloroformnarkose können mehr Vorteile bieten, als die Sauerstoffzufuhr.

S. und D. machen darauf aufmerksam, daß hochprozentige Sauerstoffgemische Entzündungen in den Lungen hervorrufen können, wie sie durch einwandsfreie Tierversuche nachweisen konnten; wahrscheinlich ist die Wirkung auf

einen schädlichen Reiz des Sauerstoffs auf das Alveolar- und Bronchialepithel zurückzuführen, da eine Druckwirkung in den Experimenten ganz ausgeschlossen war. Kramer (Glogau).

17) H. Führer. Pharmakologische Untersuchungen über die Mischnarkose. Aus dem pharmak. Institut der Univ. Freiburg i. B. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

F. faßt auf Grund seiner Untersuchungen die wohl tatsächlich vorhandene verstärkte zentrale Wirkung der Kombination von Morphin mit gewissen indifferenten Narkoticis so auf, daß durch diese die Löslichkeit des Morphins in den Lipoiden des Zentralnervensystems erhöht werde. Kramer (Glogau).

18) A. T. Jurasz. Erfolgreiche direkte Herzmassage bei Narkosenscheintod. Aus der chir. Univ.-Klinik zu Königsberg (Prof. Dr. Payr). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Die Synkope trat unter Chloroform-Äthernarkose mit dem Roth-Dräger-schen Apparat im Verlaufe einer Pylorusresektion nach Billroth II beim Versorgen des Duodenalstumpfes ein; durch die subdiaphragmatische direkte Herzmassage gelang es, die Pat. zum Leben zurückzurufen und bei fortgesetzter Narkose die Operation zum Ende zu bringen. — J. empfiehlt deshalb, die gewählte Methode beim Versagen der üblichen äußeren Herzreizmittel spätestens 5 Minuten nach Beginn der bedrohlichen Erscheinungen in Anwendung zu ziehen: Jodtinkturdesinfektion der Haut, Eröffnung des Bauches in der Mittellinie, Einführen der mit Gummihandschuh bedeckten Hand, Fassen des Herzens durch das Zwerchfell hindurch zwischen Daumen und den beiden folgenden Fingern, Zusammenpressen desselben in langsamen rhythmischen Kontraktionen; bei starker Spannung des Zwerchfells transdiaphragmatische direkte Massage des Herzens unter möglichster Schonung der Pleura. Kramer (Glogau).

19) M. Strauss (Nürnberg). Zykloform — ein neues Wundanästhetikum. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 50.)

Das Zykloform hat sich M. besonders in Salbenform (5—10%ig) bewährt; die erzeugte Anästhesie gestaltet den Verbandwechsel schmerzloser und ist für Kranke mit Brandwunden, Rhagaden, juckenden Ekzemen, entzündeten Hämorrhoiden, schmerzhaften Beingeschwüren und Hautkrebsen usw. eine Wohltat. Das Mittel ist außerdem durch relative Ungiftigkeit ausgezeichnet, aber nicht billig (1 g = 10 Pfg.); die Wundheilung wird nicht verzögert. Kramer (Glogau).

20) Allison. The technique of newe alcoholization in the treatment of spasticity and muscle group overaction. (Surgery, gynecology and obstetrics XI. 6.)

Der Zweck der Alkoholinjektionen in Nervenstämme bei obigen Erkrankungen ist der, die von ihnen versorgten Muskelgruppen zunächst zu lähmen, um während des Bestehens dieser Lähmungen die Antagonisten durch entsprechende Behandlung zu kräftigen. Das Muskelgleichgewicht soll auf diese Weise wieder hergestellt werden. Bei spastischen Paralysen, schlaffen Lähmungen, Tic convulsiv kann das Verfahren mit Nutzen angewandt werden. — Der Nerv, der die betreffende Muskelgruppen versorgt, wird stets bloßgelegt, und in die Nervenscheide

wird Alkohol in verschiedenen Stärkegraden, selbst absoluter, eingespritzt. Sind Kontrakturen, z. B. bei Kinderlähmung, vorhanden, so werden diese gelöst und Nervenüberpflanzungen auf die gelähmten Zweige gemacht, gleichzeitig mit der Alkoholinjektion. Verf. führt verschiedene Beispiele derart an. Wichtig ist es, die Zeit der Lähmung nach der Alkoholinjektion zu mechanischer Behandlung zu benutzen. Die Stärke des Alkohols wird gewählt je nach der Länge der Zeit, welche die Lähmung dauern soll. Trapp (Riesenburg).

21) **A. Kappis. Milzexstirpation.** (Klin.-therap. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

Die Verletzungen der Milz zerfallen in offene und subkutane. Letztere kommen entweder durch direkte oder indirekte Gewalt zustande. Der letztere Verletzungsmodus ist viel seltener und betrifft fast nur vorher erkrankte Milzen, wie bei Malaria, Typhus usw.; doch hat Verf. eine Milz exstirpieren müssen, die durch indirekte Gewalt zerrissen war, und an der außer zahlreichen anämischen Infarkten keine histologische Veränderung nachweisbar war. Auch anamnestisch sprach nichts für eine vor dem Unfall bestehende Milzerkrankung. Es handelte sich um einen 18jährigen Handlungsgehilfen, der ca. $^1/_2$ Stunde vor der Einlieferung ins Krankenhaus von der Kuppelung eines Eisenbahnwagens abgerutscht war. Die Füße waren oben geblieben, der Oberkörper herabgefallen und dabei so stark gezerrt worden, daß der Verletzte heftige Schmerzen in der linken Seite verspürte und nicht mehr gehen konnte. Die Milz zeigte mehrere Einrisse; der tiefste saß am Milzstiel. Pat. wurde geheilt. Nicht in jedem Falle von Milzverletzung soll wahllos exstirpiert werden, da die Entfernung des für den Bluthaushalt wichtigen Organes für den Körper sicher nicht ganz gleichgültig ist. Leichtere Fälle sollen deshalb mit Tamponade oder Naht behandelt werden, bei Absprengung eines Milzstückes soll womöglich der Rest des Organs nach Übernähung oder Tamponade zurückgelassen werden, wenn er gut mit Blut versorgt ist. Auf alle Fälle aber soll natürlich die Therapie, wenn auch nur die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Milzruptur lautet, eine chirurgische sein. Wilhelm Wolf (Leipzig).

22) **Chilaiditi. Zur Frage der Hepatoptose im allgemeinen im Anschluß an drei Fälle von temporärer, partieller Leberverlagerung.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

In einer sehr ausführlichen, auf die Literatur und die Krankheitsbilder genau eingehenden Arbeit schildert Verf. drei Fälle, bei denen eine partielle Abdrängung der Leber von der Zwerchfellkuppe durch Interposition von Darmpartien zustande kam.

Die Abdrängung tritt nur zeitweise auf, in der Zwischenzeit befinden sich Leber und Därme nach spontan eingetretener Reposition an ihrem gewöhnlichen Platze; die Leber bietet hierbei normalen Befund.

In allen drei Fällen sind die gashaltigen Partien bei der Durchleuchtung einwandsfrei als Därme zu erkennen; die manchmal schwierige Differentialdiagnose von gashaltigem, subphrenischem Abszeß, freiem Gasaustritt ins Peritoneum, Hernia diaphragmatica, Situs viscerum inversus partialis, konnte hier schon bei der ersten Röntgenuntersuchung leicht entschieden werden.

Der Grad und die Form der Abdrängung wechselt zu verschiedenen Zeiten

und hängt hauptsächlich von der Menge und dem Blähungsgrad der interponierten Darmpartien, in zweiter Linie von dem Verhalten der Leberligamente ab.

Die Verdrängung geht ohne Beschwerden und ohne nachweisbare Funktionsstörung der diesbezüglichen Organe einher, auch der Übergang von der einen in die andere Lage wird subjektiv nicht empfunden.

Die starke Formveränderung der Leber während der Abdrängung, die Annahme der normalen Gestalt bei der Reposition erklärt sich durch die Weichheit, die Plastizität und den wechselnden Blutgehalt im Leben, die auch in den Röntgenbildern besonders deutlich aber während der Durchleuchtung zutage tritt.

Der Perkussionsbefund deckt sich meist, aber nicht immer mit dem Röntgenbefund. Der Tastungsbefund ist manchmal, besonders bei Vorlagerung von Darmschlingen vor den Rand der verlagerten Leber, unsicher.

Der Einwand, daß das überlagernde Organ vielleicht ständig oberhalb der Leber verläuft, eventuell dort fixiert ist, aber nur unter geeigneten Umständen nachgewiesen werden kann, sonst aber nicht, daß also die Leber nur scheinbar an die normale Stelle rückt, ist mit Sicherheit widerlegt worden.

Der Ausdruck Hepatoptose oder Wanderleber für diese Art von Verlagerung muß insofern präzisiert werden, als man hier zum Unterschied von der weitaus größeren Anzahl jener Fälle von Hepatoptose, bei denen die Leber ihre unmittelbare Berührung mit dem Zwerchfell nicht aufgibt, von einer Ptose im engeren Sinne oder von einer Interpositionsptose sprechen kann (insofern sich hierbei gewisse Organe zwischen Leber und Zwerchfellkuppe einlagern).

Man könnte dieses Zustandsbild auch mit dem schon eingeführten Namen »Wanderleber« bezeichnen, dürfte aber dann letztere nicht mehr gleichbedeutend mit Hepatoptose auffassen (was gegenwärtig die meisten Autoren tun). Die Wanderleber wäre also nur eine relativ seltene Form der Hepatoptose.

Die Leberverlagerung ist in allen drei Fällen partiell, insofern selbst bei hochgradiger Herabdrängung die Leber in ihren medianen Partien trotz eventueller Schädigung aller Ligamente mit dem Zwerchfell in verschieden weitem Ausmaß in unmittelbarem Zusammenhang bleibt. Die von manchen Autoren angenommene totale Ptose, bei der die Leber nur durch die verlängerten (nicht nur schlaffen) Fixationsapparate mit dem Zwerchfell in Verbindung steht und ihre unmittelbare Berührung mit der Kuppe desselben aufgegeben hat, ist bisher mit Sicherheit nicht nachgewiesen worden.

Der Grund, daß diese partielle Ptose nicht zur totalen wird, liegt neben anderen Ursachen nicht nur in der besseren und widerstandfähigeren Befestigung der medianen Leberpartien, sondern vor allem in dem physikalisch erklärbaren Verhalten der abdrängenden Darmteile und in der Beschaffenheit des Lebergewebes, wodurch die medianen Fixationsapparate geschont werden; aber auch bei Schädigung derselben kann die Ptose partiell bleiben.

Dieses Bild war bei den Pat. Teilerscheinung einer mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen Enteroptose (Splanchnoptose), die sich bei zwei Patt. hauptsächlich durch Magenstörungen bemerkbar machte und bei der dritten Pat. (Lymphosarkom der Halslymphdrüsen) ohne Beschwerden bestand. Ein direkter Zusammenhang dieser Magenstörungen mit der Leberverlagerung ist nicht zu konstatieren.

Da diese Leberverlagerung gewöhnlich keine Beschwerden verursacht, da sie nur zeitweise besteht, erklärt es sich, daß sie manchmal klinisch übersehen werden kann, um so mehr, als die Abdrängung oft nur geringgradig ist und wenigstens in unseren Fällen fast immer von der lateralen Seite aus vor sich geht, so

daß unter Umständen vorn an gewohnter Stelle in weitem Ausmaß normaler Leberschall und nur in der Axillarlinie ein kleiner tympanitischer Bezirk vorhanden sein kann. Aber auch bei abnormem Perkussionsbefund wird oft an alles andere als an eine derartige Abdrängung der Leber gedacht.

Gaugele (Zwickau).

---

23) **H. Finsterer.** Ein geheilter Fall von Leberschuß. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 49.)

Der Fall hat Interesse wegen der Seltenheit isolierter Leberschüsse im Frieden, vor allem aber wegen einer zur akuten Anämie in direktem Gegensatz stehenden Bradykardie. In der Literatur hat Verf. noch zwölf Fälle auffallender Pulsverlangsamung bei Leberverletzungen gefunden, die am wahrscheinlichsten durch Aufnahme von Gallenbestandteilen ins Blut zu erklären ist. Warum sie nicht bei allen Leberverletzungen beobachtet wird, ist teils durch ungenaue Beobachtung, teils durch Überwiegen der anämischen Wirkungen über die der Gallensäuren zu erklären. Bei einer sehr schweren Blutung kann übrigens ein Puls von 70 bis 80 schon als Bradykardie angesprochen werden.

Der schon 3/4 Stunden nach der Verletzung operierte und durch einen Hämatopneumothorax komplizierte Fall heilte nach Blutstillung mit durchgreifenden Nähten und kleiner Drainage, nachdem ein bedrohlicher Anfall von Darmatonie mit Peristaltikhormon glücklich bekämpft worden war.

Renner (Breslau).

---

24) Des kystes hydatiques multiples du foie. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVI. p. 2.)

In der genannten Gesellschaft hat eine ausgedehnte Behandlung der Frage stattgefunden, in welcher Weise Echinokokkencysten operativ anzugreifen sind. Bei der Fülle des Einzelmateriales ist es notwendig, die Originale nachzulesen. Hervorgehoben sei, daß man in Frankreich anscheinend die Einnähung der Cysten in die Haut (»Marsupialisation«) nur noch für eitrige Fälle beibehält, während im übrigen durchaus primäre Naht empfohlen wird, wobei nur die Frage der Drainage noch auf Meinungsverschiedenheiten stößt.

Kaehler (Duisburg-M.).

---

25) **E. Quénu** (Paris). De la douleur dans les kystes hydatiques du foie. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 11.)

Entgegen der bisher weit verbreiteten Anschauung erbringt Q. auf Grund eigener und fremder Beobachtungen den Nachweis, daß der Schmerz im Beginn und besonders im weiteren Verlauf der Echinokokkencysten der Leber recht häufig auftritt, auch wenn der Cystensack weder geborsten ist noch eitert.

Der Schmerz erinnert manchmal an Gallensteinkoliken, manchmal an von Verdauungsstörungen begleitete Gastralgien. Er sitzt am häufigsten im rechten Hypochondrium, seltener im Epigastrium oder im linken Hypochondrium und strahlt am häufigsten gegen die rechte Schulter, aber auch gegen den Rücken, die Lenden, die rechte Leiste oder die Blinddarmgegend aus. Mitunter wird nur über ein lästiges Gefühl von Schwere oder Spannung geklagt, oft aber auch über Stiche und wirkliche Schmerzanfälle.

Die Ursache der Schmerzen ist sicherlich nicht allein die Verlagerung der Leber; denn er kommt nicht nur bei Cysten an der Leberkonvexität vor, sondern

auch bei Cysten an der Unterfläche. Übrigens läßt weder der Schmerz überhaupt noch ein bestimmter Schmerztypus einen sicheren Schluß auf die Lage der Cyste in der Leber zu.

Q. ist vielmehr der Ansicht, daß die begleitende umschriebene adhäsive Pleuritis und Peritonitis, die durch das Toxin der Echinokokkenflüssigkeit direkt (Transsudation) oder mittelbar durch Fortleitung der Angiocholitis hervorgerufen werden, die Ursache der Schmerzen bilden. Gutzeit (Neidenburg).

---

26) **Doberer. Zur Chirurgie der Gallengänge.** (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 41.)

Nach einer Gallenblasenexstirpation und Choledochostomie wegen Choledochusstein mußte 3 Monate später eine zweite Operation vorgenommen werden, weil sich die Fistel nicht schloß. Eine Präparation der Gallengänge, auch des Hepaticus aus den Verletzungen, war jetzt nicht möglich. Bei der Präparation des alten Gallenblasenbettes zeigte sich im Lebergewebe ein Spalt, den man für den intrahepatischen Teil des Hepaticus halten konnte. Dieser Spalt wurde mit einem vorher entstandenen Loch im Duodenum anastomosiert. Kurze Zeit bestand eine kleine Duodenalfistel, dann erfolgte glatte Genesung. Seine Operation soll also eine Mittelstufe zwischen Hepatoduodenostomie und Hepatocholangioenterostomie und bisher noch nicht ausgeführt worden sein. D. nennt sie ebenfalls Hepatoduodenostomie. Am meisten Ähnlichkeit soll sein Fall mit einem von Czerny 1898 operierten und von Merk in den Grenzgebieten veröffentlichten Falle haben, bei dem es aber noch gelang, den Hauptgallengang ziemlich freizulegen. Renner (Breslau).

---

27) **Willy Anschütz. Ileus infolge Ektasie der Gallenblase.** (Med. Klinik 1911. p. 15.)

Bei drei älteren, zum Teil sehr alten Frauen (Bauchdeckenschlaffheit, Alterskyphose) nach schleichender Entzündung und Ausdehnung der Gallenblase plötzlich hochgradige Gallenblasenerweiterung infolge Infizierung des Inhaltes von anderen Körpergegenden her. Die Gallenblase stemmt sich zwischen Beckenschaufel und Leber ein, die nach oben gedrängt wird, und drückt Blind- und Dickdarm zusammen. Die Gallenblasengeschwulst täuscht eine Darmgeschwulst mit Darmverschluß vor. Bei leidlich gutem Allgemeinzustande lebhafte Peristaltik; keine Darmsteifung. Der Darmverschluß kann auf innere Maßnahmen oder von selbst zurückgehen, durch Entleerung des Inhaltes der Gallenblase oder durch ihre Verlagerung. Auch die Operation ist leicht und erfolgreich (bei den leichteren Fällen Entfernung der Gallenblase, bei den schwereren Drainage oder Vorlagerung und spätere Abtragung). — Krankengeschichten.

Georg Schmidt (Berlin).

---

28) **Albert Fromme. Zur Frage der chirurgischen Behandlung von Typhusbazillenträgern.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. CVII. p. 578.)

Seitdem festgestellt worden, daß bei Typhusbazillenträgern die Galle bazillenhaltig zu sein pflegt, ist die operative Behandlung der Gallenblase (Cystostomie oder Cystektomie) zur »Heilung« dieser Individuen verschiedentlich diskutiert und vereinzelt mit ungleichen Resultaten versucht worden. F. referiert, was hierüber veröffentlicht ist. Im Anschluß hieran berichtet er über mehrere Fälle

aus der Braun'schen Klinik, wo nach Cystektomien die Typuhsbazillenausscheidungen im Stuhl ganz aufhörten. Drei Pat. wurden wegen Cholelithiasis operiert, ohne daß man von der Bazillenausscheidung bei ihnen vorher wußte. Zwei davon, welche genasen, zeigten in der bei der Operation gewonnenen Galle zunächst Bazillengehalt, bei späteren Stuhluntersuchungen aber Bazillenfreiheit. Eine Pat., wegen Gallenblasenempyem operiert, starb. Bei der Sektion durch einen Leberschnitt gewonnene Galle enthielt Typhusbazillen. Ein vierter Fall ist älteren Datums und bereits von Dr. Grimme publiziert. Hier wurde die 38jährige Pat. cholecystotomiert, weil sie Bazillenträgerin war. Der Erfolg war nach Wunsch.

Da die Gallenblase einen guten Schlupfwinkel und Brutplatz für Bakterien darstellt, ist ihre Entfernung bei Typhusbazillenträgern jedenfalls rationell, ohne daß zu sagen ist, sie sei ein sicheres Heilmittel. Zum Teil ist auch mit Ansiedelung der Bazillen in den Zweigen des Hepaticus zu rechnen, und ist deshalb von einer der Ektomie anzuschließenden Drainage des Hepaticus Nützliches zu erwarten. Übrigens werden wahrscheinlich zahlreiche Bazillenträger unbekannterweise wegen Gallenblasenaffektion operiert, und verdient darum, zur Aufklärung dieser interessanten Frage, die allgemeine bakteriologische Gallenuntersuchung bei derartigen Operierten eine größere Einbürgerung.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

29) W. F. Orlowski. Zur Lehre von der Diagnose der Pankreaserkrankungen. (Russki Wratsch 1911. Nr. 2 u. 3.)

Nach ausführlicher kritischer Übersicht der Symptome und der diagnostischen Methoden kommt O. zum Schluß, daß es bis jetzt kein Zeichen gibt, das einzeln genommen für Pankreaserkrankung pathognomonisch wäre. Die Diagnose muß aus der Summe aller vorhandenen Symptome gestellt werden. Die Reaktion von Cammidge ist nicht spezifisch für Krankheiten des Pankreas.

Gückel (Kirssanow).

---

30) Fr. Rosenbach. Experimentelle Studien über tryptische Digestion. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

R. hat über die tryptische Digestion eine große Reihe von Versuchen angestellt. Er implantierte Versuchstieren den beweglichen Teil des Pankreas zum Teil ins Duodenum, zum Teil in den Magen, um festzustellen, inwieweit das Pankreasgewebe durch den Darm- bzw. Magensaft angegriffen wird. Die Experimente ergaben, daß das gesunde Pankreas ohne eine gleichzeitige andere Schädlichkeit vom Darmsaft, welcher aktives Trypsin enthält, nicht angegriffen werden kann, und daß es auch nicht im normalen Zustand vom Magensekret geschädigt wird. Verf. zieht aus seinen Versuchen den Schluß, daß eine Autodigestion bei völlig unversehrtem Parenchym nicht möglich ist und der Begriff der Autodigestionsnekrose nur ein bedingter sein kann. Unter den Bedingungen, welche eine solche Nekroseart jedoch veranlassen können, glaubt er in erster Linie die Ischämie im Blutkapillarsystem der Bauchspeicheldrüse nennen zu müssen. Er hat sie experimentell durch Anwendung von Adrenalin in verschiedener Weise bei seinen Versuchen hervorgerufen. Klinisch kann solche Ischämie durch Steine in den Gallenwegen oder im Pankreasausführungsgang und durch plötzliche akute Verschwellung der Papilla Vateri veranlaßt werden. Es besteht jedoch Veranlassung, anzunehmen, daß in einer Anzahl von Fällen eine disponierende Ursache für diese Nekrose vorliegt, und zwar in der Anwesenheit und Wirkung

von Bakterien und ihren Toxinen. Das beweisen Versuche mit der Einspritzung von Darmsaftmengen, welche nicht groß genug waren, um Ischämie und Stauung zu erzeugen, und die doch Nekrose hervorriefen.

Bezüglich der Blutungen, welche die Pankreashämorrhagien veranlassen, beschuldigt R. ebenfalls das Trypsin als die wesentliche Ursache. In Experimenten am Frosche hat er zuerst die Wirkung des künstlichen Trypsins auf die Blutgefäße studiert und ist alsdann dazu übergegangen, auch am Hunde den Einfluß dieses Fermentes auf die Blutgefäße festzustellen. Bei höherer Konzentration des Trypsins und Verstärkung seiner Aktivität durch Gallenzusatz wurde stets eine bald eintretende Nekrose des Pankreasparenchyms und eine Schädigung der Blutkapillaren und kleineren Gefäße erhalten. Einen von ihm beobachteten Fall von Pankreasnekrose und Blutung aus der Vena lienalis erklärt Verf. ebenfalls durch Wirkung des Trypsins auf das genannte Blutgefäß. Die Aktivierung des Trypsins hatte in diesem Falle in letzter Linie der Gallenzufluß nach Durchbruch des Ductus hepaticus verursacht.

Auch für die Fettnekrosen kommt nach R.'s Anschauung neben dem Steapsin das Trypsin in Betracht. Er schließt sich hier Truhart an, der annimmt, daß das Trypsin erst die Eiweißmembran des Fettgewebes sprengen muß, damit das Steapsin wirken kann. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

31) **I. Goblet. Beiträge zur operativen Behandlung der akuten und chronischen Pankreatitis.** (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 47.)

In einem Falle, bei dem die Diagnose zwischen Ileus, perforiertem Magengeschwür und akuter Pankreatitis schwankte, fand sich bei der Laparotomie als auffallendstes Symptom eine enorme, nur auf das Querkolon beschränkte Darmblähung, nach Emporheben des Kolon dann eine flächenhafte Blutung im Mesokolon, in der Bursa omentalis aber bluthaltige Flüssigkeit mit Fettropfen. Das Pankreas war nicht vergrößert, dunkelrotbraun mit einzelnen kleinen Fettnekrosen. Inzision des Pankreas, Tamponade. Schon am nächsten Tage Besserung. Nach Ausstoßung zweier Sequester Heilung.

Die isolierte Blähung des Querkolon sieht Verf. als Frühsymptom an und erklärt sie aus dem direkten Übergreifen der Entzündung vom Pankreas auf das Gekröse des Querkolon vermöge der nahen anatomischen Beziehungen beider. Die Bedeutung seines Falles sieht er ferner in seiner Beweisfähigkeit für den Wert der Frühoperation. Er kommt dann nach Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden, die nichts Neues bietet, zu dem Schluß, daß die einzig rationelle Therapie die Inzision und Tamponade ist. Die gleichzeitige operative Behandlung einer oft mit der Pankreatitis vergesellschafteten Cholecystitis wird vom Kräftezustand der Pat. abhängen.

An der Hand zweier Fälle chronischer Pankreatitis bespricht Verf. diese nach allen Richtungen. In beiden handelte es sich um Cholecystitis bei freiem Choledochus und geschwulstartige Schwellung des Pankreaskopfes. Beide kamen nach Inzision bzw. Keilexzision aus dem Pankreas und Tamponade (außerdem Gallenblasenexstirpation) zur Heilung.

Die chirurgische Therapie teilt G. in eine symptomatische, eine ätiologische und in lokale Eingriffe am Pankreas ein und faßt seine Ausführungen darüber in folgenden Sätzen zusammen: Bei Gallenstauung ohne Steine Cholecystenterostomie; bei Gallensteinen am besten Cholecystektomie mit Hepaticusdrainage; bei be-

deutender Vergrößerung und Schwielenbildung im Pankreas außer der Operation an den Gallenwegen Inzision oder Keilexzision am Pankreas, bzw. letztere allein, wenn Erkrankungen der Gallenwege fehlen. Literatur.

Renner (Breslau).

---

32) **P. Graf** (Neumünster). **Zur Kasuistik der traumatischen Pankreascysten.** (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

Der 25jährige Kranke hatte vor 4 Jahren einen Stoß in die Gegend unter dem rechten Rippenbogen erhalten und seitdem monatelang Brechneigung und Koliken gehabt; die Schmerzen blieben auch nachher noch in geringerem Grade bestehen. Die nach $3^1/_3$ Monaten zuerst bemerkte Geschwulst saß als halbkugliger Tumor unter dem Rippenbogen rechts und war, in den 4 Jahren kaum gewachsen, kindskopfgroß. Zweizeitige Eröffnung und Heberdrainage; das Sekret (250 ccm) entsprach dem Inhalt der Pankreascysten. Der Verlauf war durch Auftreten von Ileuserscheinungen infolge Knickung einer verwachsenen Dünndarmschlinge kompliziert, so daß eine Enteroanastomose notwendig wurde; während der Ileusperiode war Pat. so gut wie ganz auf subkutane Flüssigkeitszufuhr (Kochsalzlösung mit 1,2% Traubenzucker) angewiesen. Bei der späteren Ernährung auf natürlichem Wege wurden Kohlehydrate vermieden, wodurch die Sekretion der Fistel rasch abnahm, um bei Einschaltung von kohlehydratreicher Nahrung sofort zu steigen; auch die subkutane Ernährung setzte die Sekretion stark herab. Heilung nach 7 Wochen.

Kramer (Glogau).

---

33) **K. A. Heiberg. Beiträge zur Klinik des Pankreaskarzinoms.** (Hospitalstidende 1910. Nr. 38. [Dänisch.])

Zusammenstellung aus Krankengeschichten und Sektionsbefunden. Lokalisation: In 25 von 35 Fällen saß die Geschwulst im Kopf allein, in 5 Fällen im Schwanz, in 2 Fällen im Körper des Pankreas; in 5 Fällen lag eine totale oder fast totale Infiltration vor. Von den Kopfkarzinomen waren 19 von 23 von Ikterus begleitet, 1 symptomfrei, 1 nur mit Symptomen von Knochenmetastasen; Ikterus fand sich auch bei 2 totalen, 1 Schwanzkarzinom und 1 nicht bestimmt lokalisierten Karzinom; in 2 Fällen von Kopfkarzinom ohne Kompression des Choledochus wurde eine Atrophie der Cauda gefunden. Eine Dilatation der Gallenblase konnte klinisch nur in 2, höchstens 3 Fällen gefunden werden, was in auffallender Weise den gewöhnlichen Angaben widerspricht; bei der Autopsie dagegen wurde eine Dilatation in mindestens 19 Fällen nachgewiesen (Mehrzahl der Kopfkarzinome, einigen totalen Karzinomen). Ascites wurde klinisch nur in 8 von 31 Fällen, bei der Autopsie in weiteren 6 Fällen gefunden. Eine Geschwulst war klinisch nachweisbar in 6 Fällen (3 Kopf-, 3 Schwanzkarzinome). Stärkere Schmerzen in $^3/_4$ der Fälle; typische Art: tiefsitzend, in den Rücken ausstrahlend. Subnormale Temperatur nur ein- oder zweimal; gegen die Angaben mehrerer Handbücher ist also eine solche hier ohne diagnostisches Interesse. Spontane Glykosurie in 3 (oder 5) von 36 Fällen (1 Kopf-, 1 Körper- und 1 totalem Karzinom). Über alimentäre Glykosurie lag keine Angabe vor. Lehmfarbiger Stuhl vor dem Ikterus in 2 Fällen, ohne Ikterus bei 1 Körperkarzinom. Blutiger Stuhl in 2—8 Fällen. Sklerotische Atrophie in 6 von 18 Kopfkarzinomen. Sklerose des Drüsengewebes auch bei 3 Schwanzkarzinomen und 1 Körperkarzinom. Cholelithiasis nur in 2 Fällen. Klinisch nicht tastbare Metastasen der Leber in fast allen Fällen. Ödeme nur einzeln. Die Sekretionsverhältnisse des Magens sind bei 10 Pat. untersucht

worden: Bei 5 keine oder nur Spuren von HCl. 7 der 36 Pat. sind operiert worden (die 2 Fälle von Gallenstein; 1 Fall, wo eine Peritonitis mit Ileuserscheinungen entstanden war; in 2 Fällen Cholecystduodenostomie, in 1 Fall [bei einbezogenem Pylorus] Gastroenterostomie mit Enteroanastomose, in 1 Falle Gastrotomie bei einem Schwanzkarzinom, das die Cardia stenosierte!). Angaben über die Resultate fehlen.

Der Wert der Cammidge'schen Reaktion ist nach H.'s Untersuchungen sehr fraglich. Er bestätigt die Angabe von Ssobelew, Sauerbeck und Robson, daß wohl konservierte Langerhans'sche Inseln auch in der von Krebs ganz infiltrierten Drüse gefunden werden können, was die Abwesenheit der Glykosurie in den meisten Fällen erklären kann. Er betont aber das launische Auftreten und Verschwinden der Glykosurie bei dem Pankreaskarzinom, wodurch sie bei einzelnen Untersuchungen übersehen werden kann.

G. Nyström (Stockholm).

34) A. Cordero (Pescia). Contributo allo studio delle cisti omentali. (Clin. chir. 1910. Nr. 12.)

C. hat einen Fall von großer Cyste des Netzes bei einer 53jährigen Frau operiert und bringt anschließend an die Mitteilung dieses Falles eine Zusammenstellung der Literatur. Bei dem uns beschäftigenden Falle ist interessant das gleichzeitige Vorhandensein eines Uterusfibroms, dem C. einen ursächlichen, traumatischen Zusammenhang mit der Cyste zuschreibt. Stocker jun. (Luzern).

35) G. Posner. Vorlesungen über Harnkrankheiten für Ärzte und Studierende. Berlin, August Hirschwald, 1911.

In seinem Vorwort wendet sich Verf. besonders an die praktischen Ärzte, in seiner Einleitung sucht er der modernen Urologie den ihr mit Recht gebührenden Rang und Platz unter den übrigen Spezialdisziplinen anzuweisen und sie gegenüber ihren Mutter- und Grenzgebieten zu fixieren.

Das äußerst flott geschriebene Buch (350 Seiten) läßt auf jeder Seite die reiche persönliche Erfahrung des Verf.s erkennen und macht es durch diese persönliche Note besonders anziehend und lesenswert.

Auf jedwede illustrierende oder figürliche Beigabe hat Verf. entsprechend dem wahren Zwecke seines Buches, dem allgemeinen Praktiker einen Überblick über die hauptsächlichsten diagnostischen und therapeutischen Methoden und damit eine Richtschnur für sein eigenes Handeln zu geben, verzichtet. Das Buch bietet durch sein Eingehen auch auf die internistischen Grenzgebiete, die oft in den letzterschienenen mehr chirurgisch-operativen urologischen Hand- und Lehrbüchern vielleicht etwas in den Hintergrund traten, eine wertvolle Ergänzung derselben.

Aber da das Buch gerade für den Praktiker berechnet ist, empfehlen sich wohl stellenweise, besonders bei den auch von diesem ausführbaren therapeutischen Maßnahmen, statt der allgemeinen Hinweise auf bestimmte Medikamente, genauere, präzisierte Rezeptangaben. Es wird dann das Nachsuchen in anderen Werken erspart. Bei der Besprechung der Arthritis gonorrhoica vermisse ich auf p. 153 und 154 die Bier'sche Stauung. Ihre Wirkung ist doch oft geradezu frappant und fast ex juvantibus differentialdiagnostisch.

Goldenberg (Nürnberg).

36) Arthur Strauß. Ein wasserlösliches Gleitmittel für Katheter usw. (Med. Klinik 1911. p. 305.)

S. weist auf eine bereits früher von ihm bekannt gegebene dauernd haltbare Gleitmischung hin, die sich jeder Arzt selbst herstellen kann und die besondere Glasbehälter entbehrlich macht:

Tragacanth.	1,6,
Tere cum aqu. frigid.	50,0,
Glycerin.	ad 100,0,
Coque ad sterilisat.	
Adde Hydrarg. oxycyan.	0,1.

Georg Schmidt (Berlin).

37) H. Steindl. Riesenzellen im Harnsedimente bei Urogenitaltuberkulose. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 49 u. 51.)

In einem Falle schwerer Cystitis und Vergrößerung der linken Niere, bei dem im Urin durchaus keine Tuberkelbazillen zu finden waren, fand S. im Sediment eigentümliche große Riesenzellen, die er als spezifisch für Tuberkulose und in der Literatur unbekannt ansprach. Er mußte sich aber überzeugen lassen, daß ähnliche Gebilde im Urin schon Bizzozero bekannt waren, nimmt daher in seiner zweiten Publikation die Behauptung der Spezifität vorläufig zurück, wenn er seine Zellen auch als verschieden von denen Bizzozero's ansieht.

Renner (Breslau).

38) R. Paschkis und Tittinger. Radiumbehandlung eines Prostatasarkoms (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

Bei einer radikal nicht mehr zu operierenden, etwa mannsfaustgroßen Prostatageschwulst mußte Zuckerkandl eine Blasenfistel anlegen. An einem kleinen ausgekratzten Teile wurde die Diagnose Spindelzellensarkom gestellt. Da der Fall sonst ganz verloren schien, andererseits Sarkome auf Radium günstiger als andere Geschwülste reagieren, wurde Radiumbestrahlung mittels eines in einer späteren Publikation noch zu beschreibenden Instruments versucht, das direkte Applikation durch die Fistel unter Leitung des Auges gestattete. Nach 21 Sitzungen von 20 Minuten Dauer in zweiwöchigen Pausen war der Harn blutfrei, die Blasenkapazität bedeutend gestiegen. An Stelle der mächtigen Geschwulst war nur noch ein flaches Infiltrat zu fühlen. Verff. denken natürlich noch nicht an Dauerheilung, halten aber mit Recht den Erfolg für so auffallend, daß er zu weiteren Versuchen ermuntert. Renner (Breslau).

39) H. v. Haberer. Seltene Indikationsstellung zur Prostatektomie. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Ein Prostatiker mit akuter Retention wurde mit sehr starker Blutung aus einem wahrscheinlichen falschen Wege eingeliefert. Da auch in der Klinik der Katheterismus selbst im Dämmerschlaf nicht gelang, wollte v. H. wegen der außerordentlich heftigen, sicher auch in die Blase selbst erfolgenden Blutung nicht die Punctio vesicae, sondern die Cystotomie vornehmen, die eventuell als erster Akt einer späteren Prostatektomie gedacht war. Der operative Befund, Durchbohrung des linken Prostatalappens, ließ bei der starken Cystitis eine Infektion dieses Ganges befürchten, und v. H. entschloß sich deshalb zur primären Exstirpation. Der gute Verlauf gab seiner Indikationsstellung Recht.

Renner (Breslau).

40) **Ehrhardt (Königsberg). Inversion eines Blasendivertikels als Komplikation der Prostatektomie.** (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 49.)

Bei einem 76jährigen Manne wurde wegen Prostatahypertrophie trotz einer bereits 2 Jahre bestehenden Ischuria paradoxa die suprasymphysäre Prostatektomie mit glücklichem Erfolg ausgeführt. Bei der Operation wurde in der Gegend des rechten Harnleiters ein invertiertes Blasendivertikel gefunden, in das Darmschlingen eingetreten waren. Von einer Resektion des Divertikels wurde Abstand genommen, weil nach Reposition der Darmschlingen sich die von der Blasenmuskulatur gebildete Bruchpforte so stark verengert hatte, daß eine Wiederkehr der Einklemmung von Darmschlingen nicht mehr zu befürchten war. Auch wäre bei der mit eitrigem Urin gefüllten Blase die Resektion des Divertikels ein Eingriff gewesen, der zu schweren Komplikationen hätte führen können. Versuche, das Divertikel zu reponieren und umzustülpen, schlugen fehl; es kehrte stets in die Inversionsstellung zurück und gab zu einer recht schwierigen Nachbehandlung Anlaß, da es sich vor das Orificium internum der Blase legte und so den Urinabfluß erschwerte, wodurch weiterhin sich die Heilung der Blasenfistel sehr in die Länge zog. Die lange bestehende Überdehnung der Blase und die daraus resultierende Schwäche der Kontraktilität der Blasenmuskulatur ist nach Ansicht des Verf.s keine direkte Kontraindikation gegen den Eingriff, da trotz langwierigen Bestehens der Überdehnung der Blasenmuskulatur dieselbe, wie der beobachtete Fall zeigt, noch einer weitgehenden Regeneration fähig ist.

Deutschländer (Hamburg).

---

41) **Tanton. Transformations et dégénérescens des papilloms de la vessie.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVI. p. 57.)

Es handelt sich, kurz gesagt, um ein Blasenpapillom, das in 15 Jahren viermal rezidivierte und schließlich zu einer bösartigen Metastase im Os ilei führte, die neben deutlich fibrosarkomatösem Gewebe Zylinderepithelzellen aufwies, welche deutlich den Charakter von Blasenepithelien zeigten, sowohl nach ihrer Schichtung als nach ihrem morphologischen Charakter. Im allgemeinen ist man wohl geneigt, bei einem solchen Ausgang die primäre Geschwulst auch als von vornherein bösartig anzusprechen und die anfänglich angenommene Gutartigkeit einem histologischen Irrtum zur Last zu legen (vgl. Birch-Hirschfeld, Borst u. a.), während Legueu die Ansicht vertritt, daß sowohl Umwandlungen vorkommen, wie auch in klinisch gutartigen Fällen bei genauester Untersuchung Anzeichen bereits vorhandenener Bösartigkeit gefunden werden. Kaehler (Duisburg-M.).

---

42) **M. Ch. Willems. Contribution au traitement des formes graves de la tuberculose vésicale.** (Bull. de l'acad. de méd. de Belg. 1910. Nr. 3. p. 187—194.)

Bei einem 30 Jahre alten Holzverlader, der seit $4^1/_2$ Jahren an Blasenbeschwerden litt, die trotz aller Behandlung immer heftiger wurden, machte W. zunächst den hohen Blasenschnitt zur Diagnosenstellung. Dabei entfernte er Steinkonkremente; vom Damm her legte er eine Fistel an und führte durch die tuberkulös entartete Prostata einen Katheter in die Blase. Da die Beschwerden jedoch nicht nachließen, legte er 2 Monate später die Nieren bloß; da die rechte tuberkulös entartet war, während die linke sich gesund erwies, exstirpierte er

die erstere. Alsdann suchte er von der Lendengegend aus den linken Harnleiter auf, unterband ihn einige Zentimeter abwärts vom Hilus doppelt und durchschnitt ihn zwischen den Ligaturen. In die untere Portion des Nierenbeckens schnitt er ein, legte einen Katheter nach der Lende hinaus und führte so den Urin ab. Dann schloß er die Wunden, die sehr bald heilten. Sämtliche Blasenbeschwerden, besonders der Tenesmus, hörten sofort auf. In 5 Monaten nahm der Kranke 20 kg an Gewicht zu. Die Tuberkulose der Blase machte keine Erscheinungen mehr, so daß man an die Exstirpation der Blase nicht mehr dachte.

W. meint, in schweren Fällen von Blasentuberkulose solle man zuerst beide Harnleiter verschließen, Nierenbeckenfisteln anlegen und den weiteren Verlauf abwarten. Wenn nötig, könne man später immer noch die Blase ausschaben, ätzen usw. E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

43) Kraemer (Frankfurt a. M.). Ein Fall von paracystistischem Abszeß mit eigenartigem Heilungsausgang. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

Im Anschluß an eine langjährige bestehende latente Syphilis mit nachfolgender Abszeßbildung war bei einer 60jährigen Pat. eine paracystitische Eiterung entstanden, die indessen nicht mit der Perforation in die Blase den Abschluß fand, sondern erst, nachdem der Eiter durch das rechte Gesäß nach außen durchgebrochen war. Deutschländer (Hamburg).

---

44) Santini. Sul cateterismo dell uretere. (Gazz. degli ospedali e della clin. 1911. Nr. 19. Soc. med. chir. di Bologna. Seduta del 12 gennaio.)

Einer jungen Frau war wegen rechtseitiger Pyonephrose diese Niere exstirpiert. In der Rekonvaleszenz entwickelt sich unter ganz akuter Anurie, hohem Fieber und heftigen Schmerzen in der linken Nierengegend eine linkseitige Pyelitis. Durch Harnleiterkatheterismus wurde die Retention beseitigt und das Nierenbecken mit Kalipermanganat gespült. Als am folgenden Tage der Anfall sich wiederholte, wurde auf gleichem Wege durch zwei Silbernitratspülungen völlige Heilung erzielt. Dreyer (Köln).

---

45) S. R. Mirotworzew. Die Methoden der Ableitung des Harns in den Darm und ihre entfernten Resultate. (Arbeiten der propädeut.-chirurg. Klinik Prof. W. A. Oppel's. Bd. I. [Russisch.])

In Oppel's Klinik wird bei angeborenen Blasenmißbildungen bei Kindern unter 5 Jahren nach Maydl operiert, bei bösartigen Blasengeschwülsten die Blase entfernt oder ausgeschaltet und die Harnleiter ins Colon pelvinum eingepflanzt. — Die Arbeit M.'s — eine Fortsetzung seiner Dissertation (s. Ref. in diesem Blatte 1910, Nr. 24) — zerfällt in zwei Teile: Im ersten wird die Operation nach Maydl und ihre Modifikationen besprochen. Eine Umfrage des Verf.s bei verschiedenen Chirurgen ergab folgende Fernresultate: Es leben und fühlen sich gut 7 Jahre nach der Operation 2 Pat., 9 Jahre 4 Pat., 10, $11^1/_2$ und 12 Jahre je 1 Pat. — Prof. Oppel führte die Operation nach Maydl mit der Modifikation von Spassokukozki — Blasenplastik aus dem Darme, Bildung eines künstlichen Harnrezipienten — wegen Blasenektopie bei einem 50jährigen Manne aus; Tod nach 3 Tagen an Peritonitis. Weiter bringt M. folgende noch nicht veröffentlichte Fälle: 1) Spassokukozki: Knabe von $1^1/_2$ Jahren, Blasenektopie, Operation

wie im vorher beschriebenen Falle, Mißlingen der Naht, Wiederkehr des früheren Zustandes; 4 Jahre später Wiederholung der Operation; diesmal hielt die Naht, doch ging Pat. an postoperativer Pneumonie zugrunde. 2) N. A. Sokolow: 27jährige Frau, Blasenektopie, Operation wie oben, Tod nach 4 Tagen an Peritonitis. — Dann werden 6 Fälle der Operation von Berglund-Borelius mit der Modifikation von W. M. Mysch (Verengerung des zuführenden Schenkels der ausgeschalteten Flexura sigmoidea mittels Mosetig'scher Ligatur) beschrieben: 1 Fall von Saloga (Tod an Peritonitis) und 5 Fälle von Krassinzew (3 geheilt, 2 an Peritonitis bzw. Urämie gestorben). Noch gefährlicher sind die übrigen Methoden: von Boari, Gersuny, Müller, Verhoogen, Fink u. a.

Im zweiten Teil wird die Transplantation der Harnleiter in den Darm nach Mirotworzew-Petrow besprochen (s. Ref. dieses Blatt 1910, Nr. 33). Von 5 Fällen mit Blasenkrebs starben 4 (Herzschwäche, Peritonitis je 1 Fall, Krebskachexie 2 Fälle nach 55 und 35 Tagen); 3 Fälle mit Ektopie und Fisteln wurden geheilt, ebenso ein Fall von Belawenetz (ref. in diesem Blatte 1910, p. 457), doch werden diese Fälle erst das 2. Jahr beobachtet. Die Einzelheiten der interessanten Fälle müssen im Original nachgesehen werden. Von anderen Chirurgen sahen langes Wohlsein nach der Operation: Chaput 16 Jahre, Alexandrow und in 2 Fällen Cavazzoni je 10 Jahre. Sehr günstige Resultate erzielte Tichow; gut ist auch die Methode von D. D. Popow. — Beiläufig wird die Möglichkeit der Verwechslung des Harnleiters mit einer Vene (ein Fall von Oppel) erwähnt.

Gückel (Kirssanow).

---

46) W. A. Horasch. Zur Frage von der Pyelolithotomia in situ. (Neues in der Medizin 1911. Nr. 1. [Russisch.])

Ein Fall bei einem 62jährigen Manne; Stein in der rechten Niere seit 6 Jahren, haselnußgroß. Arteriosklerose. Nierenbecken breit, aber kurz, also schwer vor die Wunde zu bringen, daher Pyelotomie in situ. Die Operation war sehr leicht. Nach einem Monat wurde Pat. geheilt entlassen. — Die Möglichkeit der Operation in situ erweitert die Indikationen der Pyelotomie, da sie die Technik vereinfacht. Je früher solche Pat. zum Chirurgen kommen werden, desto öfter wird die Pyelolithotomie ausgeführt und desto geringer wird die Zahl der schweren Fälle sein, welche die Nephrotomie oder gar die Nephrektomie erfordern.

Gückel (Kirssanow).

---

47) R. H. Jocelin Swan. Primary unilateral renal tuberculosis. (Guy's hospital reports Vol. LXIV. p. 39. London 1910.)

Bericht über 13 eigene (davon 11 operierte), sowie über 79 weitere — mit 47 Operationen — aus dem Material des Guy's Hospital und des St. Petershospital stammende Fälle von einseitiger Nierentuberkulose, in denen die Affektion als die primäre Lokalisation des Tuberkelbazillus im Urogenitaltraktus aufzufassen war. — Zu kurzem Referat nicht geeignet. E. Melchior (Breslau).

---

48) O. Zuckerkandl. Zur Klinik der fibrös-sklerotischen Paranephritis. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 41.)

Wenn wir eine dicke, derbe Schwarte um die Niere finden, so können wir ohne funktionelle Untersuchung mit Sicherheit annehmen, daß die Niere derart tief geschädigt ist, daß als rationelle Therapie, Einseitigkeit der Infektion vorausgesetzt, nur ihre Exstirpation in Frage kommen kann. Da die extrakapsuläre

Ausschälung oft unüberwindliche Schwierigkeiten und Gefahren bietet, hat Z. in einer Reihe von Fällen die intrakapsuläre systematisch geübt, und während er bei Nephrostomie und Nephrotomie Rezidive und Todesfälle sah, heilten alle so behandelten aus. Die Operation ist leicht stumpf ausführbar, nur die Stielversorgung macht einige Schwierigkeiten. Bisweilen muß die Niere oder einzelne Stücke derselben vorher abgetragen werden, was ohne größere Blutung in diesen Fällen gelingt. Die Gefäße müssen durch Matratzennähte gesichert werden. Schon nach einer Woche können die Kranken aufstehen; die definitive Heilung des dünnen Wundkanals nimmt aber oft noch Monate in Anspruch. Die Schwiele bildet sich zurück. Renner (Breslau).

---

49) P. Janssen (Düsseldorf). Die Urogenitaltuberkulose. (Samml. klin. Vortr. Nr. 611/613.)

J. geht davon aus, daß die Urogenitaltuberkulose von den sezernierenden Organen aus ihren Ursprung nimmt, und zwar in einer ganz gesetzmäßigen Weise, die einen Zweifel an der primären hämatogenen Infektion dieser Organe nicht aufkommen läßt. Von den Sekretdrüsen folgt die Infektion stets der Richtung des Sekretstromes, sofern dieser normale Abflußbedingungen hat, also in absteigender Richtung, bei gestörten Stromverhältnissen aber auch auf aufsteigendem Wege von der infizierten Blase aus nach der bisher gesunden Niere, die indes auch auf dem Blutwege erkranken kann. Bezüglich der Infektion des Genitalsystems ist ein Aufsteigen der Tuberkulose auszuschließen; die Genitaltuberkulose kann gelegentlich auf den Harnapparat, nicht aber die Tuberkulose des Harnapparats auf die Geschlechtsorgane übergreifen. In ausgezeichnet klarer Weise schildert J. die pathologisch-anatomischen und klinischen Bilder der Tuberkulose der verschiedenen Abschnitte des Urogenitalsystems und anschließend die Methoden der Diagnose und Behandlung, auch wie sie in der O. Witzel'schen Klinik geübt wird, ohne aber aus dieser Krankengeschichten und statistische Zusammenstellungen der erzielten operativen Resultate zu bringen. Bezüglich der Nierentuberkulose steht J. ungefähr auf dem gleichen Standpunkte, wie ihn erst kürzlich Kümmell (s. Ref. in diesem Blatte 1911, Nr. 11) an der Hand seines großen Materials dargestellt hat. Kramer (Glogau).

---

50) Küstner (Breslau). Die Operation der Blasengenitalfisteln unter Benutzung der vorderen Cervixwand. (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 3.)

Die Freund'sche Idee, das Material, dessen man zur Pisteldeckung bedarf, nicht in der Scheide zu suchen, sondern da, wo es sich zur Genüge findet, im Uterus, hat Verf. seinerzeit veranlaßt, eine neue Operationsmethode zu publizieren, die die Mängel des Freund'schen Verfahrens ersetzt. Verf. hielt sich im wesentlichen an die Cervix, löste sie von der Blase los und verwendete sie zum Fistelverschluß; einerlei ob kleine oder große Fistel, ob nahe oder fern der Portio, ob Cervixdefektfistel oder reine Scheidenfistel, das Prinzip blieb dasselbe.

Aus der genaueren Schilderung des Operationsverfahrens ist u. a. hervorzuheben, daß Verf. rät, die Blasencatgutnaht zu unterlassen, und empfiehlt, nur einschichtig zu nähen, wobei man die Blasenwand nicht oder nur mit den medianen Nähten flach mitfaßt. Hannes hat nämlich bei cystoskopischer Untersuchung der operierten Frauen konstatiert, daß die Blasennarbe außerordentlich häufig bis dicht an die Harnleitermündung herangeht. Für sehr wichtig hält Verf. die

Vor- und Nachbehandlung der die Becken-Scheidenfisteln regelmäßig begleitenden Cystitis in Form von lokalen Spülungen und reichlichen Trinkkuren. Statt des Dauerkatheters benutzt er jetzt regelmäßig die infrasymphysäre Blasendrainage nach Stoeckel, die ihm die besten Resultate gegeben hat.

Auch die eigentlichen Cervixfisteln wurden nach den Prinzipien derselben Methode operiert, nur mit dem Unterschied, daß statt des unversehrt vorhandenen, oberhalb der Fistel belegenen Cervixrestes die plastisch korrigierte Cervix zum Verschluß der Blasenfistel herangezogen wurde.

Im ganzen wurden nach der beschriebenen Methode 50 Frauen operiert. Alle wurden geheilt, und zwar 46 mit einer Operation, in 4 Fällen waren zwei Operationen nötig.

Die Größe der Fisteln schwankte zwischen dem Minimum, wobei die Fistel einer Uterussonde den Zutritt gestattete, bis zum denkbaren Maximum, wo die invertierte Blase als großer, roter Ball die Scheide ausfüllte. Alle diese Fisteln, selbst diese ganz großen, wurden durch die erste Operation zum definitiven Verschluß gebracht. Die Operation der komplizierenden Dammspalten machte Verf. nie mit der Fisteloperation in einer Sitzung, da die genaue Kontrolle der Nahtlinie durch eine schonungsbedürftige Operationsnarbe an der hinteren Kommissur verhindert wurde. Zu vermeiden ist die Operation, so lange die puerperale Involution noch nicht beendet ist, da die Gewebe dann gewöhnlich von einer großen Zerreißlichkeit und Blutfülle sind. Drei von den vier Rezidiven sind darauf zurückzuführen.

Die Konvaleszenz verlief in den meisten Fällen glatt und ohne Störung. Die während derselben gelegentlich auftretende Inkontinenz war vorübergehend, entweder rein urethraler Natur, oder es erzeugte eine etwas zu tief einschneidende Naht ein Fistelchen, das aber schon im Verlauf der Konvaleszenz spontan heilte.

Die unbedeutende Dislokation, die die Portio oder die untere Cervixpartie durch die Operation erfährt, fällt nicht ins Gewicht und kann nicht für eine eventuell später entstehende Retroversio-flexio verantwortlich gemacht werden. Es kann sogar der operativ erzwungene Tiefstand der Portio einen Vorteil bedeuten, und zwar den, daß die Cervixmuskulatur als Ersatz für verloren gegangene Harnröhrenmuskulatur durch die Implantation in Betracht kommt.

Jede künftige Geburt beschwört von neuem die Gefahr eines Fistelrezidivs herauf, und zwar beobachtete Verf. das fünfmal in neun Fällen. Deswegen rät er, in Fällen, bei denen Geburtsstörungen zu erwarten sind, z. B. enges Becken, die prophylaktische Sectio caesarea zu machen. Wenn nicht möglich, so rät Verf. in den ersten Wochenbettstagen einen Dauerkatheter einzulegen.

Verf. hat außer den 50 nach dieser Methode operierten Urogenitalfisteln in den früheren Jahren noch 25 weitere nach verschiedenen anderen Methoden operiert, deren Vorteile und Nachteile er am Schluß einer genaueren Besprechung unterzieht. N. Wolkowitsch ging in ähnlicher Weise vor, wie er; nur umschneidet er prinzipiell in jedem Falle die Portio und eröffnet den Douglas, was Verf. nicht für nötig hält. Sehr zugunsten seiner Methode spricht ferner der Umstand, daß die Kohabitation in keiner Weise gehindert ist. C. Koch (Greifswald).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 16. Sonnabend, den 22. April 1911.

Inhalt.

I.

Zur operativen Behandlung des Carotisaneurysmas.

Von

Dr. F. Weber,

Privatdozent der militär-mediz. Akademie zu St. Petersburg.

Bei einem Aneurysma, das die oberen Zweige der Arteria carotis einnimmt, begnügt man sich gewöhnlich mit der Ligatur der Arterie unterhalb des Aneurysmasackes, da die radikale Operation — die Entfernung des ganzen Aneurysmasackes — meistens mit den größten Schwierigkeiten verbunden ist.

Aber es gibt genug Fälle, wo man von einer Ligatur der zuführenden Arterie

und ihrer Abzweigungen nichts erwarten kann. Wenn wir es mit einem Pseudoaneurysma oder mit einem Sack zu tun haben, der mit der Vena jugularis int. kommuniziert, oder wenn der Sack mit der Haut verwächst, exulzeriert, starke Blutungen hervorruft und schließlich vereitert, kann die Ligatur nichts helfen.

Dann bleibt nichts anderes übrig, als zuzusehen, wie der Kranke unter unseren Augen an sich oft wiederholenden Blutungen oder an einer vom Aneurysma ausgehenden Septhämie zugrunde geht, oder aber man entschließt sich zu einer sehr riskanten Operation, die für den Pat. lebensrettend werden kann.

Einen solchen Fall hatte ich Gelegenheit zu operieren in der Pokrow'schen Filialabteilung des Hospitals Mariae Magdalenae zu St. Petersburg. Es gelang mir hier, den ganzen Aneurysmasack, der sich sehr tief in die Fossa retromaxillaris bis zur Schädelbasis erstreckte, radikal zu entfernen durch Anwendung einer Methode, die meiner Ansicht nach einige Beachtung verdient. Nachdem ich den unteren Teil des Sackes mit großer Mühe abgelöst hatte, legte ich nämlich auf den übrig gebliebenen oberen Teil des Sackes sieben breite Arterienklemmen an die 5 Tage lang in der Wunde liegen blieben. Ich bin fest überzeugt, daß nur dank dieses Kunstgriffes ich überhaupt imstande war, die Kranke am Leben zu erhalten.

Mein Fall ist folgender:

E. T., 56 Jahre alt, sieht aber älter aus; keine Anhaltspunkte für Lues und Alkoholismus. Vor 3 Monaten bemerkte sie eine Geschwulst hinter dem rechten Kieferwinkel, welche in der letzten Zeit sehr rasch zu wachsen anfing, sich nach unten zum Schlüsselbein senkte; nachdem sie Faustgröße erreicht hatte, verklebte sie mit der Haut, exulzerierte, veranlaßte wiederholte Blutungen und fing in der letzten Zeit an, Entzündungserscheinungen aufzuweisen. Bei der Palpation wurde deutliche Pulsation im Bereich der ganzen Geschwulst nachgewiesen, die Auskultation ergab ein deutliches systolisches Geräusch. Die Kranke klagte über starke, gegen das Hinterhaupt und in die rechte Schulter ausstrahlende Schmerzen, wie über ein sehr lästiges intermittierendes Geräusch in der rechten Kopfhälfte. Es wurde ein Aneurysma diagnostiziert, welches den oberen Teil der Arteria carotis communis und eine oder vielleicht auch ihre beiden oberen Verzweigungen einnahm. Außerdem war noch ein wohl durch die Ruptur des wahren Aneurysmas entstandenes Pseudoaneurysma vorhanden, das sich fast bis zur Clavicula erstreckte, exulzeriert war, leicht blutete und Entzündungserscheinungen darbot. Die Kranke, die große Schmerzen hatte, entschloß sich sogleich zur Operation, obgleich ihr gesagt wurde, daß sie auf dem Operationstisch bleiben könne.

Durch einen langen Schnitt längs dem oberen Clavicularrande wurden die beiden Ansätze des Musculus sternocleidomastoideus durchschnitten, darauf die Carotis communis doppelt unterbunden und der obere Teil möglichst hoch nach oben freipräpariert; die Vena jugularis interna erwies sich völlig leer und kollabiert. Darauf wurde durch einen mächtigen Schnitt vom Processus mastoideus bis zum Schlüsselbein das Pseudoaneurysma eröffnet und der größte Teil desselben mit dem Musculus sternocleidomastoideus stark nach außen gezogen. Trotz der Carotisunterbindung entstand eine kolossale Blutung aus einem markgroßen Einriß auf der vorderen Fläche des Aneurysma verum, die durch Aufpressen von großen Gazetupfern beherrscht wurde. Der Puls verschwand sofort, und es bedurfte einer intravenösen Kochsalzeingießung von 1500,0, um die Herztätigkeit während der Operation nur einigermaßen in Stand zu erhalten. Es war ganz unmöglich, sich zu orientieren, ob es sich um ein Aneurysma handelte, welches sich auf die Carotis externa oder interna erstreckte, da das Operationsfeld die ganze Zeit vom Blute überschwemmt wurde. Unter diesen Verhältnissen war das Auslösen

des Sackes äußerst schwierig, der sehr brüchig und mit der Umgebung, namentlich mit dem Nervus vagus, sympathicus, hypoglossus, und mit der Vena jugularis interna fest verwachsen war. Die Nerven gelang es gut abzulösen, die Vene aber, die in ihrem oberen zur Schädelbasis aufsteigenden Teil stark dilatiert war, wurde angeschnitten. Es ist anzunehmen, daß eine Kommunikation zwischen dem Aneurysmasack und dem oberen Teil der Jugularvene bestanden, und daß es sich also um ein Aneurysma arteriovenosum gehandelt hat. Dafür sprach der dilatierte Zustand des oberen und der kollabierte des unteren Teiles der Jugularvene, das beständige Geräusch im Kopfe, das nur eine intermittierende, mit der Herzsystole synchronische Verstärkung aufwies, schließlich der Umstand, daß trotz sehr vorsichtiger Ablösung doch ein ziemlich großes Loch in der Jugularis entstand. Ein arteriovenöses Aneurysma habe ich in diesem Falle nicht erwartet, da ja solche Aneurysmen meistens auf traumatischer Basis entstehen; außerdem fehlte eine Dilatation und Pulsation der Kopf- und oberen Halsvenen. Letzterer Umstand ist dadurch zu erklären, daß hier die Kommunikation sehr hoch, nahe der Schädelbasis lag und also nur eine Dilatation der Gehirnnerven in Betracht kommen konnte.

Die Vene wurde in ihrer ganzen Ausdehnung reseziert, auf ihr oberes Ende wurden zwei Arterienklemmen angelegt. Mit größter Mühe wurde schließlich der größere Teil des Sackes freigemacht, es blieb nur sein oberer Teil zurück, der sich in die Tiefe der Fossa retromaxillaris zur Schädelbasis hin erstreckte.

Auf den Rest des Sackes wurden, eine neben der anderen, fünf breite Arterienklemmen angelegt. Ligaturen oberhalb dieser Klemmen anzulegen war ganz unmöglich wegen ihrer tiefen Lage und der Brüchigkeit des Sackes. Deshalb blieb nichts anderes übrig, als alle sieben Klemmen (zwei auf der Vena jugularis und fünf auf dem Aneurysmasack) liegen zu lassen. Vielleicht würde durch temporäre Resektion des Unterkiefers, wie es in einem von Werner beschriebenen Falle ausgeführt wurde, der Zugang zum oberen Teil des Aneurysmasackes erleichtert worden sein; aber Pat. war zu ausgeblutet, und außerdem mußte der Aneurysmasack die ganze Zeit komprimiert werden, was die Kieferresektion natürlich sehr erschwert hätte.

Nachdem der Sack des Pseudoaneurysmas weggeschnitten war, wurde der untere Teil der Wunde vernäht, der obere tamponiert. Die Kranke wurde vom Operationstisch mit kaum fühlbarem Puls weggehoben, aber schon sehr bald fing sie an sich zu erholen. Am Abend erklärte sie, sie fühle sich wohl, und alle Beschwerden, die vor der Operation bestanden, seien verschwunden.

Der postoperative Verlauf war ein sehr glatter. Gehirnerscheinungen wurden gar nicht beobachtet. Die Klemmen wurden am 6. Tage entfernt, ohne daß dabei Blutung auftrat.

Der nicht entfernte obere Teil des Aneurysmasackes, der mit den Klemmen gefaßt war, gangräneszierte und stieß sich im Verlaufe von 10 Tagen ab; der tamponierte Teil der Wunde granulierte sehr gut und blutete kein einziges Mal. Nach 6 Wochen war die große Wunde vollständig geheilt.

Die Kranke fühlt sich ausgezeichnet, obgleich bei ihr in ihrer ganzen Ausdehnung die Vena jugularis interna und die Arteria carotis communis mit ihren oberen Verzweigungen entfernt worden sind.

Die Blutzirkulation im Gehirn findet statt durch die Gefäße der linken Seite und durch die Arteria vertebralis; und trotzdem hat Pat. gar keine krankhaften Gehirnerscheinungen aufzuweisen. Die früheren neuralgischen Schmerzen sind vollständig geschwunden. Die Beweglichkeit des Kopfes und Halses hat nicht

gelitten, da die Intaktheit des durchschnittenen Musculus sternocleidomastoideus spontan sich wieder herstellte. Es blieb nur eine leichte Verengerung der rechten Pupille und eine kaum ausgesprochene Senkung des oberen Augenlides; diese Symptome sind auf eine leichte Läsion des Nervus sympathicus zurückzuführen.

Die Kranke wurde auf dem X. russischen Chirurgenkongreß in St. Petersburg am 19. Dezember 1910 demonstriert.

II.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik von Dr. med. Karl Gaugele in Zwickau i. Sa.

Über Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen.

Von

Dr. Gaugele,

leitender Arzt des Krüppelheims Zwickau-Marienthal.

Anfang 1910 veröffentlichte Schanz in diesem Blatte eine kleine Arbeit über die Behandlung der Krampfanfälle nach orthopädischen Operationen. Schanz sah mehrfach (ca. zehnmal) bei Kindern im Anschluß an orthopädische Operationen epileptiforme Krampfanfälle. Die Krämpfe traten nie in unmittelbarem Anschluß an die Operation auf, sondern erst etwas später, zum Teil am Tage der Operation selbst, zum Teil einige Tage danach. Bis zum Auftreten der Krämpfe waren die Kinder zum größten Teil apathisch, teilweise klagten sie über heftige Kopfschmerzen, teilweise waren sie ganz munter; sehr häufig fand Schanz eine starke Fiebersteigerung. Das Aussehen ist ganz das der epileptiformen Kinderkrämpfe. In einem Falle sah Schanz den Exitus eintreten, in dem zweiten Halbseitenlähmung, während alle übrigen Fälle in Genesung übergingen. Schanz führt diese Krämpfe auf eine Fettembolie des Gehirns zurück. Ich selbst habe zwei derartige Fälle erlebt. In beiden handelte es sich um etwas ältere Kinder mit angeborener Hüftverrenkung (7 und 9 Jahre alt). Die Einrenkung hatte, entsprechend dem Alter der Kinder, etwas länger gedauert, jedoch höchstens 25 Minuten. Die Kinder erwachten normal aus der Narkose, boten nicht die geringsten krankhaften Erscheinungen; am 1. Tage klagten sie über ziemlich viel Schmerzen, wie das alle älteren Kinder nach einer Einrenkung zu tun pflegen. Im übrigen fiel an dem Verhalten der Pat. nichts auf. Im ersten Falle traten 4 bis 5 Tage nach der Einrenkung abends plötzlich heftige klonische Krämpfe auf, die 1 bis 2 Tage anhielten in fast ununterbrochenener Reihenfolge. Das Sensorium war vollkommen verschwunden, die Pupillen starr. Fieber war nicht nachweisbar.

Im zweiten Falle traten am 2. Tage nach der Einrenkung ähnliche, wenn auch nicht so heftige Krämpfe auf.

In beiden Fällen suchten wir durch Packungen die Gewalt der Krämpfe zu bekämpfen, was auch teilweise gelang. Auch wurden einige Kampfereinspritzungen gegeben. Beide Fälle gingen in Genesung über.

Bemerkenswert war, daß die Krampfanfälle im ersten wie im zweiten Falle direkt im Anschluß an den ersten Familienbesuch auftraten. Das Bild war eigentlich beide Male ganz dasselbe. Die Kinder hatten zwar nie an Krämpfen ge-

litten, waren aber leicht erregbar. Nach der Einrenkung verhielten sie sich zunächst nicht wesentlich anders als andere Kinder, waren bis zu dem Besuche der Angehörigen auch ruhig; durch den Besuch der Eltern aber wurden offenbar beide sehr erregt. Wie mir die Wärterin berichtete und auch die Eltern zugaben, befanden sie sich alle zusammen in einem Erregungszustand, die Mütter weinten, die Kinder weinten, wollten lieber mit nach Hause, auf keinen Fall mehr dableiben; anstatt meinem ausdrücklichen Auftrag nachzukommen und nur einige Minuten bei dem Kinde zu bleiben, ließen sich die Eltern durch die Klagen des Kindes bewegen, nahezu 3 Stunden bei dem Kinde zu bleiben.

Die Kinder wurden immer unruhiger, klagsamer; in dem einen Falle wurde ich sogar von der Wärterin geholt, da die Eltern gar nicht fortwollten, obwohl die Besuchszeit längst abgelaufen war; endlich gelang es, sie fortzubringen; gleich danach traten bei dem Kinde die epileptiformen Krämpfe auf.

Ich habe das Verhalten der Kinder hier ausführlich geschildert, weil der Vorgang in beiden Fällen so absolut gleich sich abspielte.

Ich weiß, offen gesagt, keine genaue Erklärung für die Entstehung dieser Krämpfe, weiß auch nicht, ob wir berechtigt sind, den psychischen Shock als auslösendes Moment für die Krämpfe anzuschuldigen. Jedenfalls bin ich ebenfalls wie Schanz der Ansicht, daß zwischen Operation und den Krämpfen ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Ich habe damals der Gemütserregung der Kinder durch die Eltern einen großen Einfluß zugeschrieben, habe seither den Besuch der Angehörigen in den ersten 14 Tagen nach der Einrenkung verboten und nunmehr selbst bei den schwierigsten Einrenkungen 10- bis 15jähriger Kinder ein derartiges Ereignis nicht mehr eintreten sehen.

Ob wir es aber hier wirklich mit einer Fettembolie der Hirngefäße zu tun haben, wie Schanz dies annimmt, möchte ich wenigstens bezweifeln. Die Fettembolie der Lungen sowohl wie der Hirngefäße bietet ein typisches Krankheitsbild und ist von allen Verfassern so gleichmäßig beschrieben worden, daß eine Verwechslung für den, der sie einmal gesehen hat, nicht mehr möglich ist. Ich verweise hier auf meine vor kurzem in der Zeitschrift für orthopädische Chirurgie erschienene Arbeit über Fettembolie nach orthopädischen Operationen. Wie ich dort anführte, habe ich leider zwei Fälle durch Fettembolie verloren. Mit dem typischen Krankheitsbild der Fettembolie stimmen aber unsere Fälle hier in keiner Weise überein. Das Krankheitsbild ist eben ein ganz anderes. Bei der Fettembolie der Lungen tritt in erster Linie der Lufthunger zutage, nebst dem ängstlichen, nur selten in höherem Maße aufgeregten Wesen; von Krämpfen aber sehen wir keine Spur, auch bei der Hirngefäßembolie nicht. Hier aber handelt es sich um richtige epileptiforme Krämpfe, die erst nach 1—4 Tagen auftreten. Das Bild ist ganz anders, steht gewissermaßen in vollkommenem Kontrast zu dem häufig so apathischen Verhalten der Fettemboliker, das nur durch die angestrengte Atmung unterbrochen wird, und dessen sehr seltene Exzitationszustände nur durch den Lufthunger bedingt sind.

Eine günstige Einwirkung der von Schanz empfohlenen Kochsalzinfusion ist ja trotzdem möglich. Auf jeden Fall werde ich der Empfehlung Schanz' folgen und sie in Anwendung bringen, wenn ich nochmals einen derartigen Fall erleben sollte. Schanz selbst sah sehr günstige Erfolge von der Kochsalzinfusion, er glaubt, daß sie imstande ist, eine Erweiterung und Durchspülung der Kapillaren herbeizuführen.

Herr Prof. Risel, der Leiter des pathologischen Instituts am Kgl. Krankenstift, welcher mir bei der oben angeführten Arbeit über Fettembolie seine weit-

gehendste Unterstützung hatte zuteil werden lassen, teilte mir auf eine Anfrage seine Ansicht über die Arbeit von Schanz in folgendem Sinne mit:

»Diese epileptiformen Anfälle, die erst am 3. Tage nach der Operation oder noch später auftreten, dürften kaum als Symptome einer Fettembolie aufgefaßt werden können, da sich so spät eine Fettembolie kaum mehr bemerkbar machen dürfte, ohne daß neue schädigende Momente (Erschütterungen des Körpers, Druck auf Knochen oder Weichteile beim Verbandwechsel und ähnliches) dazugekommen wären, da ja inzwischen die etwa bei der Operation gesetzten kleinen Verletzungen von Blut- oder Lymphgefäßen längst durch Thromben usw. verschlossen sein müssen und für eine Verschleppung etwa bisher in den Lungenkapillaren steckender Fettropfen keine rechte Erklärung sich finden läßt. Wollte man so schwere zerebrale Erscheinungen auf eine Verlegung der Hirnkapillaren durch Fettropfen zurückführen, so werde man wohl auch mehr oder minder schwere respiratorische Störungen erwarten müssen — entweder schon früher oder gleichzeitig —, da ja die Fettropfen die Lungenkapillaren passiert haben müssen, ehe sie in die Gehirngefäße gelangen können. Solche Störungen scheinen aber bei diesen Krämpfen nicht vorhanden zu sein.

Auch wenn Schanz' Ansicht, daß wirklich eine Fettembolie diesen Krampfanfällen zugrunde läge, richtig wäre, so dürfe man sich die Wirkung der von ihm empfohlenen Kochsalzinfusionen doch kaum so einfach vorstellen, wie es Schanz tut. Nicht eine leichtere Durchspülung des durch die vermehrte Blutflüssigkeit einfach passiv erweiterten Arterienrohres mit einer stärker verdünnten Fettemulsion erscheint Risel dabei als das wesentliche, sondern die allgemeine Erhöhung des Blutdruckes und die Verstärkung der Herzaktion. Man könne sich denken, daß infolgedessen die Fettropfen weiter nach der Peripherie getrieben und bei ihrem Steckenbleiben schließlich nur so kleine Rindenbezirke geschädigt würden, daß deren Ausfall schwerere klinische Erscheinungen nicht mehr zu machen brauche. Daß Fettropfen aber einfach durch die Gehirnkapillaren durchgetrieben würden, dürfte wohl nur für sehr wenige zutreffen.«

Inzwischen hat Codivilla (Deutsche med. Wochenschrift 1910, Nr. 46) einen sehr interessanten Artikel über die Krampfanfälle veröffentlicht. Er glaubt ebenfalls nicht, daß in den Fällen von Schanz eine echte Fettembolie vorliegt, bringt vielmehr eine neue Hypothese. Nach seiner Ansicht verdanken diese Konvulsionsanfälle ihren Ursprung einer »Überspannung der die Extremitätenwurzeln umgebenden Weichteile; vermutlich auf reflektorischem Wege versetzt die anhaltende Spannung das zentrale Nervensystem in einen eigentümlichen Zustand, der zum Ausbruch der epileptischen Anfälle führt.« Verf. gibt ferner noch an, daß nervös belastete Individuen von dieser unangenehmen Komplikation besonders bevorzugt würden. Das beste Mittel sei die unverzügliche Behebung der Spannung, d. h. die Entfernung des Gipsverbandes und die Zurückführung in die frühere Stellung. Vorbeugend empfiehlt Codivilla bei Epileptikern eine intensive Bromkur. Ich möchte nur betonen, daß die Hypothese Codivilla's sehr bestechend klingt; ob sie das richtige trifft, läßt sich, wie auch Risel angibt, vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus noch schwer beurteilen. Codivilla hält den Vorschlag der Kochsalzinfusion von Schanz für irrationell schon aus dem Grunde, weil eine echte Fettembolie nicht vorliege.

So wenig wir auch nach den Ausführungen Risel's die Schanz'sche Ansicht über die Kochsalzwirkung bei echter Fettembolie annehmen können, möchte ich doch nicht verschweigen, daß ich vor kurzem bei einem neuen Fall von »echter« Fettembolie durch die Kochsalzinfusion einen tadellosen Erfolg erlangte.

Es handelte sich um einen 13jährigen Jungen mit hochgradigem Lähmungsklumpfuß des rechten Beines, welcher in einer Sitzung redressiert wurde. Das Redressement ging verhältnismäßig leicht, beim Redressieren hörte man deutlich das Einreißen der Fußgelenksbänder, vor allem glaubte man die Lockerung der Tibiaepiphysen zu fühlen. Der Pat. klagte bald nach der Operation über starke Schmerzen am Bein und im Leib, zumal in der Herzgegend, auch erbrach er sich öfter. Der Puls wurde unregelmäßig und schnell, die Pupillen reagierten, Pat. wurde sehr blaß; vor allem fiel mir wieder der etwas starre ängstliche Blick und das verhältnismäßig ruhige Verhalten des Pat. auf. Wir injizierten dem Jungen 200 g Kochsalzlösung subkutan; das Befinden des Pat. erholte sich innerhalb 2 Stunden vollkommen.

Es wird sich also doch empfehlen, bei der echten Fettembolie Kochsalzinfusionen anzuwenden, wenn wir uns auch über den Vorgang der günstigen Wirkung der Kochsalzinfusion eine genaue Erklärung noch schuldig bleiben müssen; bei den Krämpfen nach orthopädischen Operationen, die nach Codivilla's und meiner Ansicht mit der Fettembolie nichts zu tun haben, dürfte es nach dem Vorschlage Codivilla's zweckmäßig sein, die Verbände zu entfernen; ich selbst möchte nach meiner Erfahrung den Rat geben, bei derartigen Individuen nach der Einrenkung jede Aufregung, vor allem jeden Familienbesuch fernzuhalten.

---

1) Mroczynski (Graudenz). Zur Ätiologie des Krebses und die Bedeutung der Riesenzellen in pathologischen Geschwülsten. 23 S. Graudenz, A. Kriedte, 1910.

Die vorliegende Broschüre, um deren Besprechung die Redaktion dieses Zentralblattes vom Verlage mit den Worten gebeten worden ist, daß es sich um eine für »alle interessierenden Kreise sehr aktuelle Broschüre« handelt, gehört in den redaktionellen Papierkorb. Aber sie gibt doch wieder einmal Veranlassung, auf den recht unglücklichen und oft lächerlichen Sport aufmerksam zu machen, der in letzter Zeit gelegentlich von unberufenen Amateuren unter der Flagge »Krebsforschung« betrieben wird. Diese Art der Krebsforschung setzt sich mit bewundernswerter Kaltblütigkeit über alle Schwierigkeiten hinweg, und unbewiesene und unverstandene Schlagworte müssen den Mangel an Vertrautheit mit den einschlägigen Dingen zu bemänteln versuchen. Das hat schon Lubarsch in seiner bekannten Schrift: »Pathologische Anatomie und Krebsforschung« gegeißelt. »Wer auf diesem Gebiete arbeiten und nur ein richtiges Urteil gewinnen, geschweige denn eigene Entdeckungen machen will, der muß nicht nur gründliche Kenntnis von den wirklich sichergestellten Protozoen besitzen, sondern er muß ebenso bewandert sein auf dem Gebiete der feineren Zellmikroskopie und der Veränderungen des Zellinhalts und der Nerven unter pathologischen Bedingungen.« Und ein Wort desselben Autors paßt gleichfalls ganz auf die vorliegende Broschüre: »Man findet bei einem großen Teil der Anhänger der Infektionstheorie mehr einen naiven fröhlichen Glauben und eine um so geringere Bekanntschaft mit den wichtigsten Tatsachen der Anatomie, Histologie und Biologie der Geschwulstlehre.« Denn abgesehen von dem Wirrwarr in der Darstellung zeigt der Verf. fast in jedem Satze, daß ihm die Probleme der Geschwulstforschung böhmische Berge sind und daß ihm die einfachsten Grundlagen der pathologischen Histologie und Anatomie fehlen. Die Vorstellungen des Verf.s sind vielfach geradezu laienhaft. Es verlohnt sich gar nicht, im Ernst auf die einzelnen Punkte einzugehen; das sind Dinge,

die von jedem auch nur einigermaßen mit den angeschnittenen Fragen Vertrauten mit einem Achselzucken abgetan werden müssen. Die Ausführungen des Verf.s über das Sarkom, die Bedeutung der Riesen- und Plasmazellen zeugen von einer durch Sachkenntnis nicht getrübten Vorstellung. Der Wissenschaft kann aus solcher keine Förderung und kein Nutzen erwachsen.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

2) **M. B. Rosenblom.** Ein seltener Fall von gemischter Leukämie mit Bildung großer Geschwülste. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 2.)

Klinisch: Das gewöhnliche Bild. Sektionsbefund: Milz 1150,0, Leber 2520,0. Periost der Wirbelsäule vom Zwerchfell bis ins kleine Becken mit dem retroperitonealen Zellgewebe und dem Parametrium in weißes, ziemlich hartes Gewebe verwandelt, welches die Aorta und die untere Hohlvene geschwulstartig umgibt. Am Austritt der Harnröhre aus der Blase eine walnußgroße papilläre Geschwulst, kleinhöckerig von seiten der Blase. Parenchym der Milz, der Leber und Knochenmark pyoid, grünlich. Zahlreiche Geschwulstmetastasen in Leber, Nieren und anderen Organen. Die Geschwülste bestehen aus schwach entwickeltem Stroma und massenhaften eosino- und neutrophilen Myelocyten, die kleiner sind, als die Myelocyten des Blutes, ferner aus polynuklearen Leukocyten, Lymphocyten und spärlichen Erythroblasten; endlich aus zahlreichen Riesenzellen, — also aus Elementen des Knochenmarks.

Bekannt sind die Leukosarkome (Sternbrg) bei lymphoider Leukämie, ferner die Chlorome mit lymphoiden oder Knochenmarkszellen; Sarkome mit Myelocyten sind noch nicht beschrieben. Vielleicht gehört der obige Fall hierher, oder es ist ein Chlorom ohne Färbung.

Atoxylbehandlung nach Cohn blieb bei der Pat. ohne Wirkung.

Gückel (Kirssanow).

---

3) **E. J. Ney.** Zur Frage von der Bedeutung der Venen für den kollateralen arteriellen Kreislauf. (Arbeiten der propädeut.-chirurg. Klinik von Prof. W. A. Oppel. Bd. II. 1910. [Russisch.])

Bestätigung (durch Experimente am künstlichen Kreislaufsystem und an Hunden) der Beobachtung Oppel's — s. Referat in diesem Blatte 1910, p. 1078. In der Unterbindung der begleitenden Vene scheinen wir ein wirksames Mittel zur Erhöhung des kollateralen arteriellen Blutdruckes zu haben; ohne sie zum Prinzip zu erheben, muß man nötigenfalls zu ihr greifen, nachdem durch vorheriges Zusammenpressen der Vene während der Operation selbst eine Probe gemacht worden ist, wie diese Verengerung der Abflußlichtung auf die Blutfüllung des peripheren Abschnittes des Gliedes wirkt. Erhält man dabei arterielle Hyperämie der bis dahin blassen Extremität, so kann das als klare Indikation zur gleichzeitigen Unterbindung der Vene dienen. Gückel (Kirssanow).

---

4) **B. Vas** (Budapest). Die Diagnose der Echinokokkuskrankheit mittels des biologischen Verfahrens. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

V. hat in Übereinstimmung mit anderen Autoren nachgewiesen, daß im Blut von Echinokokkuskranken spezifische Immunstoffe vorkommen, die mit Hilfe der Komplementfixationsprobe nachgewiesen werden können. Da diese Stoffe

auch nach der Operation noch längere Zeit im Blute vorhanden sein können, so ist diese Reaktion zum Nachweise etwaiger Rezidive nicht anwendbar.

Erhard Schmidt (Dresden).

---

5) **G. Braunstein. Der Wert der spezifischen Komplementbindungsverfahren bei Echinokokkose des Menschen.** (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 31.)

B. hält das Verfahren für diagnostisch äußerst wertvoll. Auch nach Operationen sind die spezifischen Antikörper noch längere Zeit nachweisbar.

Renner (Breslau).

---

6) **Metzner und Schnée. Über Röntgen-Blitzaufnahmen.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

Gebrauchsanweisung zu Blitzaufnahmen mit dem Rotaxinstrumentarium mit und ohne Verstärkungsschirm.

Zwei Aufnahmen von $^{1}/_{100}$ Sekunde Belichtungsdauer illustrieren deutlich den Wert des Apparates.

Gaugele (Zwickau).

---

7) **Quiring. Ein neuer Apparat für orthodiagraphische Messungen.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

Beschreibung eines Apparates besonders für die Herzmessung, dessen Vorrichtung zunächst für den Albers-Schönberg'schen Durchleuchtungsstuhl gedacht ist, der jedoch auch an andere Apparate angebracht werden kann. Der Apparat wird von der Firma Seifert-Hamburg geliefert. Durch eine einfache Vorrichtung wird hier mittels eines Gummiballes der Stift durch ein Loch in der Mitte des Leuchtschirmes auf die Haut vorgetrieben, so daß es nicht wie früher nötig ist, den Markierungspunkt auf der Haut mit einem metallenen Gegenstand zu berühren, Licht zu machen und den Punkt erst anzuzeichnen.

Gaugele (Zwickau).

---

8) **N. A. Weljaminow. Das Dezennium der phototherapeutischen Abteilung und die Resultate der Lungenbehandlung nach Finsen.** (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 1—3.)

Innerhalb der ersten 10 Jahre wurden 181 Fälle von Lupus vulgaris auf der Abteilung streng nach Finsen behandelt, davon je 32% mit geringer und mittlerer und je 18% mit großer und sehr großer Affektion. Resultate (bei sehr strenger Beurteilung): Volle Heilung 73 (40,5%), beinahe vollständige Heilung 29 (16%), bedeutende Besserung 56 (31%), geringe Besserung 15 (8%), erfolglos 8 (4,5%). Rezidivfrei über 1 Jahr 48 (26,5%), über 3 Jahre 26 (14,3%), über 5 Jahre 10, 6—9 Jahre 5. — W. vergleicht die Finsenbehandlung mit den anderen Methoden (Exzision, Röntgen, Radium, Pyrogallol, Tuberkulin) und hält Finsen für die Methode der Wahl; fast ebenso gute Resultate gibt die chirurgische Behandlung (Lang).

Gückel (Kirssanow).

---

9) **S. Spangaro (Verona). Sul valore della sterilizzazione della cute colla sola tintura di jodio.** (Clin. chir. 1910. Nr. 12.)

S. hat 500 Operationen ausgeführt nach der Desinfektion nach Grossich. Akzidentelle Wunden, wie auch aseptische Operationen heilten gut. Auch bei

septischen Operationen hat Verf. die Methode mit Vorteil angewandt. Wenn nachgewiesen ist, daß durch die Grossich'sche Methode der Keimgehalt der Haut mehr herabgesetzt wird, wie durch die anderen Arten der Desinfektion, dann soll sie überall angewandt werden. Auch bei der ersten Hilfe in Fabriken sollte die Jodtinktur benutzt werden. Stocker jun. (Luzern).

---

10) **A. Hoffmann (Offenburg). Über die moderne Jodpinselung sowie über deren weiteres Anwendungsgebiet.** (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 3.)

H. hat bei Desinfektion des Operationsgebietes mit offizineller Jodtinktur zwar oft Ekzem beobachtet, darin aber nie eine wirkliche Komplikation im Wundverlauf gesehen; der operative Eingriff gestaltet sich durch die Joddesinfektion ganz aseptisch. Verf. rät, auf die bepinselten Stellen nicht Heftpflaster zu legen, den Jodanstrich beim Verbandwechsel nicht zu wiederholen und bei kleinen Kindern besonders vorsichtig zu sein. Er erzielte bei Auspinseln unreiner Wunden mit Jodtinktur, ebenso bei solcher wiederholter Behandlung von Wunden nach Ausschabung tuberkulöser Granulationen sehr günstige Wirkung durch Entwicklung gesunden Gewebes. Auch die Desinfektion der Scheide, der Nasen- und Mundschleimhaut, der Darmschleimhaut bei Darmresektionen usw. mit Jodtinktur erwies sich als vorteilhaft. Selbst bei tuberkulöser Peritonitis hat H. sich nicht gescheut, den vorliegenden Darm und die parietale Serosa mit Jodtinktur zu bepinseln, sie aber sofort wieder abzutupfen — und sehr guten Erfolg erlebt Er regt auch an, bei Verdacht auf Infektion mit Tetanuserregern eine Auspinselung der Wunde vorzunehmen. Kramer (Glogau).

---

11) **C. Manthey. Jodbenzin-jodtinkturdesinfection av huden.** (Tidsskrift for den norske laegeforening 1910. Nr. 18.)

Die Heusner-Grossich'sche Methode der Hautdesinfektion mit Jodbenzin 1‰ ohne Paraffinzusatz und nachheriger zweimaliger Pinselung der trockenen Haut mit offizineller Jodtinktur wurde bei 250 Kranken angewandt. Einmal wurde ein rasch vorübergehendes Ekzem beobachtet. In Notfällen wurde auch manchmal nur die Jodpinselung angewandt. Vergleichende bakteriologische Untersuchungen an herausgeschnittenen Hautstückchen, die vom Wundrand entnommen waren, ergaben die Überlegenheit der im Titel bezeichneten Methode.

Revenstorf (Breslau).

---

12) **Eugen Bircher. Cycloform als Salbe und Pulver.** (Med. Klinik 1911. p. 223.)

Cycloform, eine Esterverbindung der p-Amidobenzoesäure und des Isobutylalkohols, ist ein weißes Pulver, das sich in Alkohol und Äther leicht, in Wasser nur wenig löst, schnell und kräftig anästhesiert und gut desinfiziert.

10%ige Cycloformsalbe beseitigte schnell juckende Hautausschläge an Händen, die wiederholt mit Azetonalkohol desinfiziert worden waren. Als Salbe oder Streupulver bei Verbrennungen nahm das Mittel den Schmerz, regte Wucherungen an, schränkte die Absonderung ein. Weitere Erfolge bei Prurigo, Unterschenkelgeschwüren und vor allem bei Kotfisteln (10%ige Salbe). Hersteller: Bayer-Elberfeld. Georg Schmidt (Berlin).

---

13) Paul Michaelis. Eine neue Anwendungsart des Amidoazotoluols, des wirksamen Bestandteils der Scharlachrotsalbe. (Med. Klinik 1911. p. 139.)

M. überzieht die gereinigten Wunden in ihrer ganzen Ausdehnung mit Hilfe eines Pulverbläsers, der verschieden gebogene, auswechselbare und sterilisierbare Ansätze besitzt, mit einer gleichmäßigen Schicht von

Amidoazotoluol	10,
Zinkperhydrol	20,
Bismut subnitr.	ad 100.

Darüber steriler Trockenverband.

Der Verband wird nach spätestens 3 Tagen entfernt. Es folgen Ätzung zu üppiger Wucherungen und milder Salbenverband.

Georg Schmidt (Berlin).

---

14) Nobl und Sprinzels. Über die dermato-therapeutischen Anzeigen der Kohlensäureschnee-Behandlung. (Zeitschrift für physikal. u. diät. Therapie 1910. Bd. XIV.)

Als besonders geeignet zur Gefrierbehandlung erwiesen sich die Naevi, namentlich die ausgebreiteten, behaarten, oft pelzartigen Muttermäler des Gesichts. Dann auch der Lupus erythematodes.

Die Kohlensäureschneeeinwirkung soll etwa 20—30 Sekunden unter mäßigem Druck erfolgen. Das Verfahren wird erst wiederholt, wenn die oft sehr starke Reaktion wieder ganz abgelaufen ist.

Um die zur Erfrierung gebrachten Stellen bildet sich öfter ein pigmentierter Hof, der aber nach einiger Zeit wieder schwindet. Deetz (Arolsen).

---

15) A. Strauss (Barmen). Die Technik der Kohlensäureschneebehandlung bei Hautkrankheiten. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

16) H. Fründ. Zur Technik der Kohlensäureschneebehandlung. Aus der Kgl. chir. Klinik Bonn (Geh.-Rat Prof. Garrè). (Ibid.)

Nach S.'s Erfahrungen muß man bei der Dosierung der Kohlensäure mehrere Faktoren, die Zeitdauer des angewandten Druckes, seine Stärke, die individuelle Empfindlichkeit der Haut und die Widerstandsfähigkeit des zu behandelnden Gewebes berücksichtigen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Bei normal empfindlicher Haut bleibt im allgemeinen Narbenbildung aus, wenn man die Kohlensäure nicht länger als $^1/_2$ Minute einwirken läßt; wiederholte kürzere Sitzungen sind einmaligen längeren vorzuziehen. Das Gesicht und Gelenkbeugeseiten sind besonders empfindlich, Kinder und Frauen, besonders blonde, empfindlicher wie Männer. Auch pathologische Gewebe der Haut reagieren auf CO_2 verschieden. Eine sorgfältige Reinigung der Haut muß der Behandlung vorausgehen. — Die Art der Gewinnung der Kohlensäure wird genau beschrieben, von F. hierzu ein von ihm konstruierter Apparat empfohlen, der eine einfache und sparsame, leicht dosierbare Abgabe des CO_2 ermöglicht (Firma F. A. Eschbaum, Bonn). F. rühmt besonders die bei sehr torpiden Krampfadergeschwüren durch Betupfen der kallösen Ränder mit Kohlensäureschnee erzielten Resultate.

Kramer (Glogau).

17) M. O. Jogiches. Zur Behandlung der Gefäßneubildungen der Haut mit Kohlensäureschnee. (Wratschnebnaja Gaz. 1911. Nr. 6.)

In 20 Fällen von oberflächlichen Angiomen erzielte J. gute Erfolge. Ebenso entfernte er mittels dieser Methode Warzen, Epitheliome, Pigmentmäler, Feuermäler (Naevi teleangiectatici). Die Vorzüge des Kohlensäureschnees gegenüber Elektrolyse, Röntgen und Radium sind: die Einfachheit, die Gefahrlosigkeit und die Billigkeit der Methode. Gückel (Kirsanow).

---

18) Max Brandes. Über Behandlung von Fisteln mit Beck'scher Wismutsalbe. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 221.)

Eine Prüfung der Beck'schen Fistelbehandlungsmethode mittels Wismut in ca. 30 Fällen der Anschütz'schen Klinik, über die hier berichtet wird, hat die Brauchbarkeit und die Vorzüge dieser Behandlungsweise, die der Autor ihr zuschrieb, im wesentlichen bestätigt. Die Ausdehnung und Verzweigung von Fistelgängen wird nach deren Wismutfüllung in überraschender Weise im Röntgenbild klar, weshalb das Verfahren diagnostischen Wert hat. In methodischer Weise durchgeführte Wismutsalbeninjektionen in Fistelgänge bringen diese ferner in vortrefflicher Weise zur Heilung, wenn auch nicht unfehlbar. Patt. von sehr herabgesetztem Kräftezustand, solche mit massenhafter Sekretion aus den Fisteln, mit Vorwiegen des primären Krankheitsprozesses (Spondylitis, Koxitis) geben die größte Zahl der Mißerfolge ab. Metallische Wismutvergiftung wurde in leichtem Grade und mit Ausgang in Heilung in nur einem Falle gesehen. Trotzdem werden die Gefahren der Wismutvergiftung bei dem Verfahren nicht verkannt, und wird deshalb in der Klinik jetzt das Bism. subnitr. durch das wohl weniger gefährliche Bism. carbonicum ersetzt. Eine Abänderung des Beck'schen Einspritzungsmodus, die beachtenswert scheint, besteht darin, daß die Salbenmasse nicht mittels der kurzen Spritzenspitze in den terminalen Ausflußgang der Fistel deponiert oder eingetrieben wird, sondern vermittels eines tunlichst weit in den Gang vorgeschobenen Nélatonkatheters oder Gummidrains in die zentralsten Partien des Hohlganges. Dadurch werden diese besonders sicher der Heilwirkung des Präparates ausgesetzt, und man erreicht, daß die Retention von Absonderungsprodukten jenseits eines verstopfenden Salbendepots vermieden wird, was für Prophylaxe einer Intoxikation nur von Vorteil sein kann.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

19) E. G. Beck (Chicago). Le traitement conservateur des abcès froids. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 12.)

B. hebt hervor, daß die von ihm seit 1908 geübte Stichinzision und Entleerung kalter Abszesse mit nachfolgender Einspritzung von 10%iger Wismutpaste stets gute Resultate auch in verzweifelten Fällen gebracht hat. Er betont, daß die Umgebung des Abszesses nach der Injektion leicht massiert werden muß, damit die Paste in alle Taschen eindringt. Füllt sich der Abszeß wieder, so ist der Inhalt dann meist serös, und es genügt die Einspritzung einer kleineren Menge, um vollständige Heilung zu erzielen.

Die Stichinzision ist nötig, um auch den tuberkulösen Gewebsbröckeln einen Ausgang zu verschaffen. Sekundärinfektion ist nicht zu befürchten, wenn die Stichöffnung sorgfältig bedeckt wird.

Beim Tumor albus bedient sich B. eines abgeänderten Verfahrens, doch sind die damit erzielten Erfolge noch nicht derart, daß bei tuberkulösen Prozessen ohne

Einschmelzung die Wismutpaste für die allgemeine Praxis empfohlen werden könnte. Gutzeit (Neidenburg).

20) Blos und Kronstein (Karlsruhe). Über die Behandlung tuberkulöser Fisteln mit einem Derivat des Perubalsams. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 50.)

Die Nachprüfung der Hetoltherapie, die auf Veranlassung v. Beck's vor einer Reihe von Jahren im städtischen Krankenhause in Karlsruhe vorgenommen wurde, gab Anlaß, die wirksamen Bestandteile des Hetols eingehender zu untersuchen. Dabei gelang es K., einen chemischen Körper, den Zimmtsäureallylester, darzustellen, der zugleich auch nach Ansicht K.'s das hypothetische Material zur Bildung des Perubalsams ist. Das Präparat, das eine klare, hellgelbliche, sehr stark aromatisch riechende Flüssigkeit bildet, wirkt nach den klinischen Beobachtungen und Mitteilungen B.'s außerordentlich rasch und intensiv auf tuberkulöse Fisteln, von denen sich einige sehr renitente Fisteln bereits nach 2—3maliger Anwendung des Mittels dauernd schlossen. Wirksam ist indessen nur der Zimtsäureallylester in monomolekularem Zustande, während der polymerisierte Ester keinen Einfluß ausübt. Das Präparat ist zurzeit nur bei dem Darsteller desselben, Chemiker Dr. Kronstein in Karlsruhe, erhältlich (5 g Mk. 5.—).

Deutschländer (Hamburg).

21) Langes (Gmünd). Beitrag zur Wirkung des Fibrolysins. (Therapeutische Monatshefte 1911. Hft. 2.)

Verf. berichtet von einem Falle, wo nach einer Gallensteinoperation die entstandenen Verwachsungen zu kolikartigen Schmerzen vor Eintritt der Menses, verbunden mit profusen Diarrhöen während derselben geführt hatten. All diese Erscheinungen verschwanden bald und dauernd nach systematischer Einspritzung von Fibrolysin. Thom (Posen).

22) P. J. Ssidorenko. Über die therapeutische Bedeutung des Fibrolysins. (Neues in der Medizin 1910. Nr. 22 u. 23. [Russisch.])

S. versuchte das Fibrolysin allein und in Verbindung mit hydromechanischen Maßnahmen an 18 Kranken mit äußeren und inneren Narben und experimentierte ferner an Hunden (mikroskopische Untersuchung von Narben, Einwirkung des Fibrolysins aufs Blut und den Ausfluß von Lymphe aus dem Ductus thoracicus) und Kaninchen (Wirkung des Fibrolysins auf Leukome). Endlich wird die Literatur kritisch besprochen. Schlußfolgerungen: 1) Das Fibrolysin übt keinen Einfluß auf Narbengewebe aus. 2) Das Fibrolysin kann nicht als lymphtreibendes Mittel angesehen werden. 3) Man kann es auch nicht zu den Leukocytose hervorrufenden Mitteln rechnen. 4) In therapeutischer Dosis ist es unschädlich. 5) Die nützliche Wirkung des Fibrolysins in der Behandlung narbiger Prozesse ist nicht bewiesen.

Gückel (Kirssanow).

23) Kausch (Schöneberg). Über intravenöse und subkutane Ernährung mit Traubenzucker. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 1.)

Für Kranke, namentlich Operierte, die auf natürliche Weise sich nicht ernähren lassen bzw. nur ungenügend ernährt werden können, hat sich K. der Traubenzucker als das geeignetste Material bewährt. Traubenzucker kann in

Lösungen bis zu 10% intravenös, bis zu 5% subkutan infundiert werden und zwar pro Tag 1000 ccm und mehr. Die Zuckerlösung wird zum größten Teil im Organismus verbraucht, und durch den Urin findet nur eine ganz geringe Ausscheidung statt. Die intravenöse Zuckerinfusion beginnt man am besten mit 1000 ccm 5%iger Lösung. Allmählich steigert man die Konzentration, wenn möglich auch das einmalige Flüssigkeitsquantum, oder die Infusion wird zweimal oder noch öfters täglich vorgenommen. Der Traubenzucker wird in physiologischer Kochsalzlösung (0,9%) aufgelöst, filtriert und aufgekocht. Je nach Bedarf können auch 4—8 Tropfen Adrenalinlösung 1 : 1000 hinzugesetzt werden. Die subkutane Infusion ist für die Pat. nicht so angenehm wie die intravenöse. K. verwendet sie daher nur da, wo die intravenöse Infusion aus bestimmten Gründen nicht ausgeführt werden kann und bei kleinen Kindern. Das Verfahren wird von K. auch für die Behandlung der Cholera empfohlen. Deutschländer (Hamburg).

---

24) Karl Ewald. Über das Einrichten gebrochener Knochen. (Med. Klinik 1911. p. 85.)

Eingehende Schilderung der Ursachen, der Bedeutung, des Herganges, der Beseitigung von Knickung, Verkürzung, seitlicher Verschiebung, Drehung bei den einzelnen Knochenbruchformen.

Zuppinger's geistreich erdachter Verband hält alles, was er verspricht, wenn der Kranke mit der größten Geduld und dem allerbesten Willen dem Chirurgen zu Hilfe kommt und ununterbrochen überwacht wird. Die Vorrichtung ist aber gerade für die schwersten Verschiebungen oder für die Privatpraxis nicht zu empfehlen. Einen wirksamen Zug am Oberschenkel bei gebeugtem Knie und gebeugter Hüfte gestattet nur der Nagelzugverband, der auch bei sonstigen Bruchformen Erfolg hat. Erhebliche quere Verschiebungen widerstehen auch sehr starken queren Zügen und müssen operativ angegriffen werden. Im übrigen ist die blutige Einrichtung fast niemals leicht oder gefahrlos. Genauer wird das chirurgische Handeln bei offenem Bruche beschrieben. Die Einrichtungsfehler sind sehr ungleichwertig. Die äußere Lage des Verletzten, die Besonderheit seiner Knochen und Weichteile, sein Alter usw. spielen eine Rolle. Die Knochenbrüche sollten mehr und mehr, wenigstens in den ersten 3 Wochen, in Anstalten behandelt werden. Georg Schmidt (Berlin).

---

25) Chaput. Traitement des grands évidements osseux. (Bull et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVI. p. 22.)

Die Methoden, große Knochendefekte nach Osteomyelitis zu decken, werden besprochen. Der Hauptzweck der Besprechung ist aber der, wieder auf die Plombierung mit organischem Material hinzuweisen, die C. bereits seit mehreren Jahren mit gutem Erfolg ausführt. Er benutzt dazu das subkutane Fett des Bauches, am besten in isoliert losgeslösten Fettklumpen. Aber auch bei ganz mageren Individuen gelingt es, Fettstreifen auszulösen, mit denen man die Höhle auspolstern kann. Die organische Plombierung durch Fetteinpfropfung kann seines Erachtens überall und immer zum Verschluß großer Knochenhöhlen angewendet werden. In der Augenheilkunde wird ja die Methode gerade jetzt sehr häufig angewendet, um nach Bulbusentfernung einen guten Stumpf für die Prothese durch subkonjunktivale Fettpfropfung zu erzielen.

Kaehler (Duisburg-M.).

---

26) W. Kausch. Ein Instrument zum perkutanen Einstich (Punktion, Injektion, Infusion) in die Vene. (Med. Klinik 1911. p. 216.)

Technik der Infusion sowohl bei freigelegter Vene als bei dem perkutanen Verfahren. Letzteres ist besonders geeignet, wenn man zur Ernährung wiederholt Traubenzucker in die Vene einführen will; es ist ein kleiner, dem Kranken weniger unangenehmer Eingriff, der an derselben Vene wiederholt ausgeführt werden kann. Um dabei die Venenwand nicht zu verletzen, bedient sich K. des folgenden, vom medizinischen Warenhause in Berlin angefertigten und auch zur Venenpunktion, zum Aderlaß, zu Arzneieinspritzungen in die Vene, zu Punktionen und Einspritzungen in den Wasserbruch geeigneten Instrumentes (Abbildungen).

In eine gerade Hohlnadel, die eine sehr scharfe, lang geschliffene Spitze und hinten zum Halten eine Griffplatte besitzt, ist sehr genau ein dünnwandiges Metallrohr eingepaßt, das nach vollständiger Einführung mit seiner runden, glatt abgeschnittenen stumpfen Spitze um 1—2 cm die Hohlnadelspitze überragt. Letztere liegt dem Rohr völlig dicht an. Das Rohr endet in eine kolbige Anschwellung. Mit dieser können verbunden werden ein Gummischlauch oder eine Spritze oder ein Ansatzstück, das in zwei mit Hahn versehene Kolbenöffnungen ausläuft.

Man führt das Rohr zum Teil in die Hohlnadel ein und stößt deren Spitze durch die Haut hindurch oder von einem ganz kleinen Hautschnitt aus in die Vene ein. Dann schiebt man das Rohr beliebig in die Vene vor und deckt dabei die Nadelspitze ab. Zu den Endkolben des Rohres wird das Ansatzstück eingefügt. Durch dessen eine Endröhre läßt man probeweise etwas Blut ausfließen; durch die andere Röhre führt man den Einlauf oder die Einspritzung aus. Danach werden Rohr und Hohlnadel herausgezogen, die Vene nicht unterbunden, der Hautschnitt genäht, ein leichter Druck angewendet.

Georg Schmidt (Berlin).

---

27) G. M. Muchadze. Gewöhnlicher Baumwollzwirn als Material für chirurgische Nähte und Ligaturen anstatt Seide. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 4 u. 5.)

Prof. Mysch in Tomsk bedient sich des Zwirns seit 1897, seit 1899 ausschließlich. Im ganzen wurden über 1200 größere Operationen ausgeführt, darunter 268 Laparotomien. Ausstoßung der Nähte wurde nur 4mal bei totaler Naht und 3mal bei Tamponade beobachtet. Verwendet wurde Nr. 8 (0,3 mm Durchmesser) und Nr. 2 (0,5 mm). Sterilisation mittels Auskochen oder Dampf, Aufbewahren in 4%iger Lösung von Phenol in 50—55°igem Alkohol. Trocken ist der Zwirn ebenso fest wie Seide, nach der Sterilisation — in feuchtem Zustande — wird er um 10—15% fester (analog dem Ramiezwirn). Der Zwirn ist 10—15mal billiger als Seide.

Gückel (Kirssanow).

---

28) F. Berndt (Stralsund). Zwei technische Mitteilungen. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 3.)

Nach Transplantationen, denen Verf. bei varikösen Unterschenkelgeschwüren die Exzision der V. saphena vorausschickt, legt er direkt auf die Hautläppchen drei bis vier Touren einer in Kochsalzlösung angefeuchteten Mullbinde, über diese durchsichtige und durchlässige Verbandschicht einen gewöhnlichen, täglich zu wechselnden feuchten Verband, der alles Sekret absaugt; die primären fixierenden Bindentouren werden nach 8—10 Tagen entfernt, darauf Zinkleimverband.

Zur Blutstillung bei Schädeltransplantationen bedeckt B. den rasierten und

desinfizierten Schädel mit einem derben sterilen Tuch, dessen Zipfel nach unten straff gezogen werden; auf dieses Tuch wird der gekochte starke Gummischlauch um die Schädelbasis fest gelegt und gesichert. Dadurch wird das Abgleiten des Schlauches verhindert. Bei der Inzision durch Tuch und Kopfschwarte gleichzeitig ist die Blutung meist nur minimal. Das Verfahren eignet sich auch bei der Exzision von Kopfhautangiomen kleiner Kinder. Kramer (Glogau).

---

29) **Th. Budde. Über flüssige Arzneimittel in zugeschmolzenen Glasröhren — Ampullen — insbesondere Morphiumlösungen.** Veröffentlichungen a. d. Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medizinalabteilung des Kgl. preußischen Kriegsministeriums. Hft. 45. Arbeiten aus den hygienisch-chemischen Untersuchungsstellen. IV. Teil. p. 100.

Die keimfreie und haltbare Einzelpackung in zugeschmolzenen Glasröhren ist für Chirurgen von Wert, die im Kriege, in den Tropen, bei Forschungsreisen usw. tätig sind, und wurde insbesondere für Morphium-, Tropakokain-, Suprareninlösungen erprobt (beste Form des Glasbehältnisses, Art des Glases und seine Prüfung auf abspaltbares Alkali, Füllung und Zuschmelzung usw.). Ein Überdruck im zugeschmolzenen Glase muß beim Keimfreimachen unbedingt vermieden werden. Geringe Spuren von Alkali gibt auch das beste Glas an Wasser ab; daher ist ein wenn auch sehr geringer Säurezusatz nötig. Durch einstündiges Erhitzen bei 100° wird in Alkaloidsalzlösungen auch unter ungünstigen Verhältnissen Keimfreiheit erzielt. Georg Schmidt (Berlin).

---

30) **Th. Budde. Über Versuche, leicht verderbliche Gegenstände durch Überziehen mit Tropolan frisch zu erhalten.** Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medizinalabteilung des Kgl. preußischen Kriegsministeriums. Hft. 45. Arbeiten aus den hygiensch-chemischen Untersuchungstellen. p. 116.

Mit Tropolan, einem Gemenge aus Ceresin, Harzen oder Wollfetten, wurden Kautschukheftpflaster, elastische Schläuche und Katheter, Weichgummikatheter, Jodoformmull usw. überzogen. Die Proben wurden nach zum Teil jahrelanger Lagerung untersucht. Der Überzug schützte Kautschuk- und guttaperchahaltige Pflaster, die Schläuche und Katheter nicht vor dem Verderben. Jodoformmull in Pappschachteln blieb zwar unter dem Überzuge erhalten; er hatte aber vor anderen luftabschließenden Mitteln, Formalingelatine, Pergamentpapier usw., keinen Vorteil. Georg Schmidt (Berlin).

---

31) **Andrea Marro. Automatische und graduelle Festklemmung der Spitzen bei hämostatischen Zangen, Histotritoren, Darmkompressuren und -Okklusoren.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 390.)

M., 1. Assistenzarzt mit Lehrauftrag für operative Chirurgie an der Turiner Klinik von Prof. Carle, hat Zangen und Kompressorien konstruiert, die an den Spitzen ihrer beiden Branchen eine Verhakungsvorrichtung tragen, damit eine plötzliche Unterbrechung ihres Druckmechanismus bei Unklarwerden des unteren (Cremaillère-) Zangenschlusses u. dgl. vermieden wird. Zu dem Ende trägt die eine Branche an ihrem freien Ende einen kleinen Stift, der sich in eine Öse auf der Spitze der anderen Branche beim Schluß der Zange zu verfangen hat. Durch

Übertragung dieses Spitzenverschlusses an Zangen verschiedener Größe und Stärke mit verschiedentlichen Branchenkrümmungen erhält M. Zangen von mannigfachster Verwendungsmöglichkeit, für Blutabsperrung der Ligg. lata uteri, für temporären Abschluß des Magens und Darmes bei Resektionen dieser Organe usw., worüber eine ziemlich weitläufige und an sich nichts Neues bietende Beschreibung von Operationen unter Anwendung dieser Zangen Auskunft gibt.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

32) **Thomas. The control of hemorrhage by means of forceps-tourniquet in major amputations.** (Annals of surgery 1910. November.)

Bei hohen Oberschenkelamputationen legt Verf. zur Kompression der Oberschenkelblutgefäße statt des Esmarch'schen Schlauches eine Tourniquetzange an. Das untere Blatt derselben hat ein rundes Ende. Nachdem dicht unterhalb des oberen Darmbeinstachels ein kleiner Schnitt gemacht ist, wird dieses untere Blatt dicht am Schenkelhals gleitend durch Fettgewebe und Muskeln durchgestoßen. Das obere gezähnte Ende liegt auf der Haut des Oberschenkels; nunmehr wird das Schloß durch Druck geschlossen. Jetzt wird der vordere musculokutane Lappenschnitt gemacht, der Lappen nach oben geschlagen und die Gefäße unterbunden. Hierauf wird die Zange abgenommen und nun das hintere Blatt durch dieselbe Hautöffnung hinter dem Schenkelhalsknochen durch die Muskeln gestoßen und wiederum die Zange geschlossen, worauf man blutleer den hinteren Haut-Muskellappen bilden kann.

Herhold (Brandenburg).

---

33) **Roeder. Die chirurgisch-zahnärztliche Maschine.** (Ärztl. Polytechnik 1910. Oktober.)

Die seit Dezennien von den Zahnärzten gebrauchte Bohrmaschine ist in neuerer Zeit mit einem für chirurgische Zwecke bestimmten Instrumentarium versehen worden, namentlich mit sog. Spiralosteomen, welche durch ihre schnelle Rotation — bis zu 3500 Umdrehungen pro Minute —, mit größter Leichtigkeit den Knochen bearbeiten. So z. B. werden Schädeleröffnungen, osteoplastische Knochenoperationen usw. fast spielend ausgeführt. Die Maschine kann mit der Hand, dem Fuß oder elektrisch getrieben werden. 11 Abbildungen im Original.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

---

34) **Sahli (Bern). Ein neuer Punktionsapparat.** (Ärztl. Polytechnik 1910. Dezember.)

Der obige kleine Taschenapparat enthält alles Nötige für Probepunktion, für alle therapeutischen Punktionen einschließlich Lumbalpunktion. Zugleich kann man in bequemster Weise den positiven oder negativen Druck von Höhlenflüssigkeiten ablesen. Die Entleerungen der Flüssigkeiten geschieht nach dem Prinzip des Hebers; statt einer großen Aspirationspumpe wird die Probepunktionsspritze benutzt, doch nur um den am Trokar befestigten Schlauch von seinem Luftinhalt zu befreien, worauf die Heberwirkung in Aktion tritt. Um bei negativem Druck das Eindringen von Luft zu verhüten, wird ein zweiter Schlauch angesetzt. Die Trokars sind die Potain'schen mit Stopfbüchse. Die Spritze dient auch zur Novokainisierung. Fabrikant G. Klöpfer, Bern.

E. Fischer (Straßburg i. E.).

35) L. Imbert et G. Dugas (Marseille). Les petits traumatismes du crâne. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 10.)

Die Verff. weisen darauf hin, daß nach vielen scheinbar leichten Schädeltraumen ohne äußere Verletzung schwere Folgen auftreten können. Es handelt sich entweder um epidurale Hämatome oder Splitterungen der Tabula interna, die zunächst unbemerkt geblieben sind wegen Infektion oder Schwielenbildung, später aber schwere Störungen, Geisteskrankheiten, Epilepsie, ja den Tod herbeiführen können durch Abszeßbildung oder Meningoencephalitis. Mitunter können mehrere Jahre ungestörten Wohlergehens vergehen, ehe die Spätfolgen sich zeigen. Beispiele werden mitgeteilt.

Nach Ansicht der Verff. sind solche Fälle schon frisch als voraussichtlich schwere gekennzeichnet durch die Blutbeimischung zur Zerebrospinalflüssigkeit, den gesteigerten oder schwankenden Blutdruck, Erniedrigung der Körpertemperatur, Cyanose, Kopfschmerz, Schwindel, Puls- und Atmungsstörungen, Ohrensausen, Schlafneigung. Oft gibt auch die Augen- und Ohrenspiegeluntersuchung Anhaltspunkte, manchmal auch das Röntgenbild.

Liegen derartige Anzeichen vor, so soll sofort trepaniert werden. Oft lassen sich auch die Spätfolgen durch Trepanation, Entfernung eines Knochensplitters, Exzision von Narben usw. noch beseitigen. Man soll deshalb bei Geistesstörungen, Idiotie, Epilepsie stets nach einem Trauma forschen und Residuen eines solchen mit größter Genauigkeit festzustellen suchen, wozu unter Umständen eine Probeinzision nötig sein wird. Die Gehirnpunktion scheint den Verff. unbekannt zu sein (Ref.). Gutzeit (Neidenburg).

---

36) G. Anton. Über die operative Druckentlastung des Gehirns bei Tumoren und anderen Gehirnkrankheiten. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

A. berichtet in tabellarischer Form ganz kurz über 37 von v. Bramann in meist hoffnungslosen und schwersten Fällen ausgeführte Balkenstiche, einen therapeutischen Eingriff, den er selbst seinerzeit angeregt hat.

Renner (Breslau).

---

37) A. Schüller (Wien). Sellare Palliativtrepanation und Punktion des dritten Hirnventrikels. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 3.)

Unter den Indikationen für die operative Therapie der Gehirnerkrankungen spielt die Herabsetzung intrakranieller Drucksteigerung bei chronischen Hirnleiden die wichtigste Rolle. Schon der natürliche Heilungsvorgang des Mißverhältnisses zwischen Schädel und Gehirn besteht in einer Usurierung der Schädelbasis und führt so ungezwungen zu dem Vorschlag, eine basale oder sellare Palliativtrepanation auszuführen. Sie besteht in der Eröffnung der Schädelkapsel durch Anlegung einer Lücke im Boden der Sella turcica, eventuell in Kombination mit Punktion oder Drainage von Flüssigkeitsansammlungen innerhalb des dritten Hirnventrikels oder an seiner Basis. Als Indikationen stellt S. auf: 1) Hirngeschwülste unbestimmbaren Sitzes; 2) Hydrocephalus externus und internus chronicus; 3) Turmschädel und andere Formen von Kraniostenose; 4) Geschwülste oder Cysten innerhalb oder an der Basis des dritten Ventrikels; 5) hartnäckige Migräne, Epilepsie und Psychosen, falls das Bestehen eines Mißverhältnisses zwischen Schädel und Schädelinhalt wahrscheinlich ist. Der Eingriff ist identisch

mit der von Schloffer, Hirsch u. a. angegebenen Freilegung der Hypophyse zur Entfernung von Geschwülsten. Die besonderen Vorzüge der sellaren Methode anderen Palliativoperationen gegenüber bestehen darin, daß die Druckentlastung an der Basis im Hinblick auf Kompression und Zerrung der basalen Nerven und Gefäße besonders wirksam zu sein scheint, daß der freiwerdende Liquor cerebrospinalis durch die Nase abgeleitet wird, daß ferner die in manchen Fällen unüberwindliche Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Hypophysengeschwulst und anderweitig lokalisierter Hirngeschwulst bzw. Hydrocephalus ausgeschaltet wird und endlich, daß die angegebene Methode die einzige ist, die sich zur Behebung eines abgesackten Hydrocephalus des dritten Hirnventrikels oder einer basalen Cyste nach Meningitis serosa circumscripta der Chiasmagegend eignet. Die Operation ist nur dann mit Erfolg ausführbar, wenn die Röntgenographie des Schädels eine Vertiefung der Sella turcica und eine genügend geräumige Keilbeinhöhle ergeben hat. Erhard Schmidt (Dresden).

---

38) M. Pap (Temesvar). Ein geheilter Fall von idiopatischem Hydrocephalus acutus internus mit Erblindung beider Augen. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.)

Ein 7jähriges Kind erkrankte plötzlich mit Fieber und Erbrechen und erblindete innerhalb zweier Tage vollständig. Es fand sich beiderseits Stauungspapille sowie starre, ad maximum erweiterte Pupille. Mehrmalige Lumbalpunktionen ergaben klare Flüssigkeit mit reichlich Leukocyten ohne Fäden und führten zu zeitweiser Besserung der Sehfähigkeit. Bei der 10 Tage nach der Erblindung ausgeführten Trepanation wurden aus dem linken Seitenventrikel 5 ccm klarer, unter hohem Druck stehender Flüssigkeit entleert. Es trat Heilung und völlige objektive und subjektive Wiederherstellung der Augen ein.

Erhard Schmidt (Dresden).

---

39) Hasslauer. Die Ohrenheilkunde des praktischen Arztes. Mit 124 Abbild. im Text. Preis 8 Mk. München, J. F. Lehmann, 1911.

Eigentlich ist es kein Verdienst mehr, ein neues Lehrbuch der Ohrenheilkunde zu schreiben, auch wenn es speziell für praktische Ärzte bestimmt ist. In zahlreichen ausgezeichneten Lehrbüchern ist der neueste Stand der Diagnostik und Therapie genügend zum Ausdruck gebracht, und auch der praktische Arzt hat es in der Hand, sich das ihm nach Schreibart und Umfang zusagende auszuwählen. Immerhin kommt das vorliegende den Bedürfnissen des praktischen Arztes insofern entgegen, als es ihm eine exakte und ausführliche Anleitung gibt, in welcher Weise er nach gestellter Diagnose die in seinen Bereich fallenden Eingriffe ausführen kann. Ref. ist aber der Ansicht, daß der praktische Arzt sich ebensogut bei einem der vorhandenen Lehrbücher der Ohrenheilkunde (recht geeignet erscheint ihm für den Praktiker auch das von Bönninghaus-Breslau) Rats erholen kann. Engelhardt (Ulm).

---

40) Claude und Francisque Martin. Die Behandlung der Nasenbrüche und der Mißbildungen der Nasenscheidewand. Übersetzt von M. Carow. (Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde 1910. Hft. 12.

Die Verff., deren einer der bekannte französische Meister der zahnärztlich-chirurgischen Prothese ist, schildern ihre Methode, Brüche der Nase und Miß-

bildungen der Scheidewand zu behandeln. Ihr Prinzip ist gewaltsame traumatische Einrichtung, wobei so viele Bruchstücke angelegt werden, als zur Reposition erforderlich sind. Sie benutzen dazu mehrere in der Abhandlung abgebildete Zangen. Die dauernde Ruhigstellung bis zur Verheilung erfolgt durch in die Nase eingesetzte Apparate. Diese bestehen aus doppelten Schienen, die durch Schraubentrieb zum Spreizen gebracht werden und so sich selbst in der Nase halten oder nötigenfalls durch eine äußere am Kopf befestigte lyraförmige Schiene in ihrer Lage gehalten werden. 25 Abbildungen veranschaulichen die Methode und ihre Resultate.

Fehre (Freiberg).

---

41) G. Weinländer. Ein Fall von Fraktur des Dens epistrophei. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 50.)

Der Fall ist durch Seltenheit der Erkrankung wie seinen Verlauf gleich interessant. Pat. kam erst 3 Tage nach einem Sturz auf den Kopf zu Fuß in die Klinik und zeigte weder Lähmungen noch Sensibilitätsstörungen. Die Halswirbelsäule war aktiv kaum beweglich, bei passiver Bewegung einmal Krepitation. Der chirurgischen Abteilung überwiesen, verließ Pat. diese schon am nächsten Tage wegen Nachlaß der Schmerzen. Einen Monat später starb er an einer Pneumonie im Gefolge von Speiseröhrenkrebs. Bei der Sektion fand sich der Zahnfortsatz des zweiten Halswirbels abgebrochen, die Bruchfläche glatt, wenig verschoben. Kein Callus. Eine Karzinommetastase wurde im Wirbel nicht gefunden. Das Lig. transversum war erhalten. Das Ausbleiben der Callusbildung erklärt Verf. durch die dauernde Verschiebung der Bruchflächen gegeneinander.

Renner (Breslau).

---

42) G. N. Ter-Nerssessow. Zur Kasuistik der Schußverletzungen des Rückenmarkrohrs. (Russki Wratsch 1911. Nr. 4.)

Der 29jährige Pat. wurde vor $4^1/_4$ Jahren durch ein Flintengeschoß im Rücken verwundet. Es entwickelte sich Lähmung der unteren Extremitäten und Harnverhaltung, starke Schmerzen im linken Bein, nach langem Liegen Zittern beider Beine. Röntgenuntersuchung zeigt geheilten Bruch des III. und IV. Lendenwirbels und eine abgeplattetes Geschoß in der unteren Hälfte des Körpers des III. Wirbels. Pat. hat mehrere erfolglose Operationen überstanden. Die Schmerzen zwangen ihn zu neuer Operation. Laminektomie des III. und IV. Wirbelbogens (durch Abbeißen mit Knochenzange); der Sack der Cauda equina wurde subperiostal abgelöst, bis eine Narbe an der Dura zu Gesicht kam. Die Narbe wurde durchschnitten, der Durasack mittels Haken zur Seite geschoben und nun das Geschoß aus der Narbe und einem Loch im Wirbelkörper entfernt. Die Dura blieb unverletzt, es wurde kein Tropfen Zerebrospinalflüssigkeit verloren. Fast ganz glatte Wundheilung. Die Schmerzen wurden viel schwächer, Pat. konnte ruhig schlafen, das Zittern der Beine schwand. Doch hatten sich die objektiven Lähmungs- und Atrophieerscheinungen verschlimmert.

Gückel (Kirssanow).

---

43) Paul Guibal (de Béziers) (Paris). Intervention opératoire dans un cas de compression de la moelle cervicale au cours de la „maladie de Recklinghausen“. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 10.)

G. teilt den ersten Fall von Rückenmarksgeschwulst bei multipler Neurofibromatose mit, bei dem chirurgisch eingegriffen wurde. Er betraf eine 40jährige

Frau, der bereits eine große Zahl von peripheren Neurofibromen exstirpiert war und die nun unter Erscheinungen von Kompression des Halsmarks erkrankte (Lähmung des rechten, Parese des linken Armes, spastisch-paretischer Gang usw.). Die Laminektomie des V., VI. und VII. Halswirbelbogens $3^1/_2$ Jahre nach Beginn des Leidens legte eine intradurale, 4 : 2,8 : 0,6 cm große Geschwulst frei, die das Rückenmark, dem sie gestielt aufsaß, sowie die rechte hintere VII. und VIII. Cervical- und I. Dorsalwurzel stark komprimiert hatte. Nach der Operation Zunahme der Schmerzen und totale Paraplegie, wie Verf. annimmt, infolge der gewaltigen Dekompression des Rückenmarkes. Tod an Erschöpfung. Mikroskopisch bestand die Geschwulst aus zahlreichen Fibromknoten, die in junges Bindegewebe von gewöhnlichem Typus eingelagert waren.

Die Geschwülste zeichnen sich durch einen langsamen Verlauf aus und rezidivieren nach der Exstirpation gewöhnlich nicht.

Gutzeit (Neidenburg).

---

44) O. Foerster (Breslau). Über die operative Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Rückenmarkswurzeln. (Therapie der Gegenwart 1911. Hft. 1.)

Verf. verbreitet sich zunächst über die theoretische Grundlage der sogenannten Foerster'schen Operation. Für die untere Extremität kommen in Betracht die hinteren Lumbalwurzeln I—V und I. und II. Sakralwurzeln. Im allgemeinen genügt bei spastischer Beinlähmung die Resektion von Lumbalis II, III, V und Sacralis II, in leichten Fällen Lumbalis III und V, Sacralis II, oder Lumbalis III und V, Sacralis I. In sehr schweren Fällen extremer Beugekontraktur im Knie muß Lumbalis II, III, V und Sacralis I, event. Lumbalis I, II, III, V, Sacralis I und II, bei Streckkontraktur Lumbalis II, IV, Sacralis I und II, event. Lumbalis I, II, IV, Sacralis I und II reseziert werden, bei spastischen Armlähmungen Cervicalis IV, V, VII, VIII und Dorsalis I. Die Erfolge sind: 1) Minderung bzw. Beseitigung der spastischen Kontraktur, 2) normaler Abwehrbeugereflex, 3) Herabsetzung der Steigerung der Sehnenreflexe, 4) Besserung der willkürlichen Beweglichkeit. Selbst bei totaler Lähmung infolge Überwiegens der spastischen Erscheinungen hat nach der Operation oft die nicht nachweisbare Motilität günstige Resultate ergeben. Die langwierige Nachbehandlung hat folgende Punkte zu berücksichtigen: 1) Fixation der Extremität in überkorrigierenden Gipsverbänden (event. Schalen), 2) zur Förderung der willkürlichen Beweglichkeit systematische, tägliche Übungen, 3) plastische Operationen bei Schrumpfungskontrakturen. 45 Operationen, davon 27 bei Little'scher Krankheit. Bei dieser sind die besten Resultate erreicht worden, die schlechtesten bei multipler Sklerose. Bei letzteren Fällen sind drei von fünf gestorben.

Thom (Posen).

---

45) Pierre Duval (Paris). Technique opératoire de la ligature de la sous-clavière en dedans des scalènes et dans le mediastin. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 12.)

D. bekämpft auf Grund seiner Erfahrungen die Anschauung, daß die Unterbindung der Subclavia medial von den Scaleni besonders gefährlich sei. Er empfiehlt, die Unterbindung dicht unterhalb des Abganges des Truncus thyreocervicalis bzw. dicht oberhalb des Abganges der Vertebralis bei Verletzungen oder Aneurysmen vorzunehmen. Zur ersteren genügt der gewöhnliche supraclaviculare Horizontal-, Vertikal- oder Winkelschnitt, zur letzteren wird der Schnitt entlang

dem Schlüsselbein geführt, und 6 cm von dem medialen Teile dieses Knochens werden temporär reseziert.

Links kann die Subclavia auch im Mediastinalraum dicht an ihrem Ursprung aus der Carotis unterbunden werden. Hierzu muß außer dem medialen Teil des Schlüsselbeins auch der I. Rippenknorpel und das linke obere Viertel des Manubrium sterni temporär reseziert werden. Die definitive Resektion ist, wie D. sich bei einer Unterbindung am Lebenden überzeugen konnte, nicht erforderlich. Die Pleurakuppel und Lungenspitze werden mit dem Finger von der vorderen Brustwand abgelöst, worauf das Mediastinum frei zugänglich ist.

Neun Abbildungen, zum Teil auf Tafeln, erläutern die topographischen Verhältnisse. Gutzeit (Neidenburg).

---

46) **Hildred B. Carlyll. The thymus gland and the status lymphaticus.** (Guy's hospital reports LXIV. p. 1. London 1910.)

Die zu einem kurzen Referat nicht geeignete Arbeit stellt im wesentlichen eine Übersicht über die noch keineswegs geklärte Frage des »Thymustodes« dar. 61 einschlägige, meist der Literatur entnommene Fälle werden zusammengestellt.

E. Melchior (Breslau).

---

47) **A. Kutschera Ritter v. Aichbergen. Die Übertragung des Kretinismus vom Menschen auf das Tier.** (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 45.)

Verf. hat als beamteter Arzt in Steiermark viel Gelegenheit gehabt, sich mit Kretinismus zu beschäftigen. Dabei ist er zu der Überzeugung gekommen, daß der Kretinismus zu den übertragbaren Infektionskrankheiten gehört. Darin wurde er noch mehr bestärkt, als er in einer Kretinfamilie zwei von dieser großgezogene kretinische Hunde fand. Nach Entfernung dieser Hunde gab er zwei andere ganz gesunde dorthin, von denen der eine, der wie die ersten in dem sehr schmutzigen Lumpenbett gehalten wurde, ebenfalls prompt kretinisch wurde, während der zweite, der wegen seiner Größe nicht im Bett gehalten wurde, gesund blieb.

Renner (Breslau).

---

48) **Rösler. Zur Diagnostik der hochsitzenden Pulsionsdivertikel mittels des Röntgenverfahrens.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

Verf. verwendet zur Untersuchung eine Aufschüttelung von 1—3 g Bismuthum carbonicum auf ca. 50 g Wasser oder Oblatenkapseln mit der gleichen Menge Wismut von den Pat. geschluckt. Wismutbrei wurde seltener verwendet. Die Röhre ist hinter dem Pat. in der Höhe des VI. Brustwirbels:

1) Bei Verwendung einer dünnen Wismutaufschüttelung erscheint das Divertikel, dessen Grund natürlich tiefer als seine Schwelle liegen muß, als eine lokale Erweiterung, die in der Halsgegend und oberen Brustapertur neben der Speiseröhre gelegen ist und ihren Inhalt nicht direkt nach abwärts entleert.

2) Radioskopisch ist dieser Raum am besten in den schrägen Durchleuchtungsrichtungen zu sehen. Im geraden Durchmesser erscheint das Divertikel als ein blindsackartiges Gebilde mit zapfenförmiger Verschmälerung besonders deutlich auf der photographischen Platte.

3) Form-, Größen- und Lageveränderungen des Divertikels sind abhängig von der Füllung desselben mit Speisen oder schattengebenden Massen. Diese

Veränderungen werden durch die röntgenologische Untersuchung deutlich erkannt und machen das Sondenverfahren überflüssig.

4) Das Divertikel macht synchrone Bewegungen mit dem Schluckakte. — Auf- und Abwärtssteigen, dabei Entleerung des Inhalts nach oben und Abwärtsbewegung in neuer Richtung.

5) Ansammlung von Luftblasen über und unter dem Divertikelsack. Einpressen von Luft in das Divertikel und Kompression desselben während des verstärkten Schluckaktes ist als Ursache eventueller akustischer Phänomene anzusehen.

6) Seitliche Vorwölbung des Mittelschattens am Übergange des supra- zum infraclaviculären Abschnitt. Sie ist die Vorstufe der später tastbaren Halsgeschwulst und kann schon frühzeitig die Diagnose »Divertikel« ermöglichen.

Prognostisch ist es wichtig, festzustellen, ob das Divertikel einen Stützpunkt, etwa auf einer Lungenspitze, auf dem Aortenbogen, durch Verwachsungen usw. gefunden hat. Solche Divertikel neigen zu spontanem Rückgange; andernfalls scheinen sie sich rascher trotz aller therapeutischen Maßnahmen zu vergrößern.«

Differentialdiagnostisch kommen bei Beachtung der obenerwähnten Merkmale und unter Berücksichtigung der klinischen Symptome eigentlich keine anderen Krankheiten in Frage. Kompression des Ösophagus durch Geschwülste, Kropf, Aneurysma usw. läßt sich oft schon durch die Anamnese und den körperlichen Befund ausschließen. Auch das in selteneren Fällen im oberen Abschnitte der Speiseröhre vorkommende Karzinom führt zu Verengerungen, über denen sich das Wismut sackartig anhäufen kann. Charakteristisch ist jedoch, daß in solchen Fällen der Abfluß am tiefsten Punkte des Sackes liegt und der Wismutbrei sich fadenförmig durch eine Enge durchwindet. Über umschriebene Dilatationen oder spastische Zustände in den oberen Abschnitten der Speiseröhre ist bisher nichts Sicheres bekannt geworden; sie würden aber ähnliche Erscheinungen machen, wie der bekannte Cardiospasmus. Falls der angesammelte Inhalt nicht erbrochen wird, entleert er sich direkt nach abwärts, oft erst nach längerer Zeit und in dünnem Strahle.

So einfach die röntgenologische Untersuchungsmethode ist, gestattet sie uns doch, schon in früheren Stadien als sonst die Diagnose »hochsitzendes Pulsionsdivertikel« zu stellen. Sie verbessert dadurch die Aussichten auf Heilung durch Operation ganz wesentlich, da alle übrigen therapeutischen Maßnahmen nur palliative Hilfsmittel sind und als solche keinen dauernden Erfolg gewährleisten.

Gaugele (Zwickau).

---

49) N. M. Wolkowitsch. Weiteres über Larynxkrebs. (Einige klinische Eigentümlichkeiten, Operation, weitere Nachrichten über die früher operierten Patienten). (Russki Wratsch 1911. Nr. 1.)

W. hat 27 Pat. operiert, einen von ihnen 2mal. 12 oder 13 davon litten vorher an Tuberkulose. Stimmbandlähmung bei bejahrten Pat. mit geringem Infiltrat der Bänder muß Verdacht auf Krebs wecken. Nur 4 Pat. waren 37—40 Jahre alt, die übrigen 45—65 Jahre. Von 28 kamen nur 2 so früh in Behandlung, daß die Thyreotomie genügte; ein Pat. ist jetzt über 4 Jahre rezidivfrei. In 7 Fällen führte W. die partielle Laryngektomie aus; keine Dauerheilung. Bei einem Falle wurde später der Rest des Kehlkopfs entfernt. Bei 20 Pat. wurde die totale Laryngektomie gemacht; 5 starben an den Folgen der Operation, 2 an Tuberkulose, 2 unabhängig von der Operation; 4 bekamen Rezidive. Von den 7 am Leben

Gebliebenen sind nach der Operation rezidivfrei einer 14 Jahre, einer 8, einer 5, einer 4 Jahre 7 Monate, eine Frau über 3 Jahre, also 5 von 20. Von allen 28 sind 6 über 3 Jahre lang geheilt. — Ausführlich wird die Operationstechnik beschrieben. In zweifelhaften Fällen zieht W. die totale Laryngektomie der partiellen vor. Die Lymphdrüsen mußten nur in der Hälfte der Fälle entfernt werden; bei intralaryngealem Krebs sind gewöhnlich nur die prälaryngealen Drüsen befallen. Vorherige Tracheotomie macht W. nur in Ausnahmefällen. Die Luftröhre muß möglichst wenig entblößt (von der Speiseröhre abgelöst) werden zur Verhütung von Randgangrän. Ebenso schont W. die vordere Rachenwand. Die Abtrennung des Kehlkopfs von den oberen Verbindungen geschieht nach Eröffnung des Rachens von seiten der Schleimhaut, um letztere und die Epiglottis nach Möglichkeit zu schonen; die Eröffnung wird von der Seite, nicht von vorn gemacht. Nun werden die gegenüberliegenden Wundränder der Schleimhaut meist quer vernäht und so der Rachen von der Wunde abgeschlossen. Nahtmaterial Seide. Die Wunde wird locker tamponiert und genäht. Verweilsonde für 7 und mehr Tage in die Speiseröhre, flüssige Nahrung. Die Technik des Verbandes wird genau geschildert; die Nachbehandlung erfordert die größte Aufmerksamkeit. Die genähte Rachenschleimhaut verwächst selten sofort per primam (bei W. nur 2mal); — gewöhnlich geht die Wunde zum Teil auf, doch heilen solche Fisteln meist bald von selbst.

W. mußte nur einmal zur sekundären Naht greifen. — Gewöhnlich war die Heilung nach 4—5 Wochen vollständig.

Seine ersten 24 Fälle hat W. im XC. Band der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie veröffentlicht. Gückel (Kirssanow).

---

50) H. von Schrötter (Wien). Über Bronchoskopie bei Fremdkörpern nebst Bemerkungen zur Kenntnis des Asthma bronchiale. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 2—5.)

S. berichtet ausführlich über vier einschlägige Fälle. Bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde gelang die Extraktion einer Linse, die sich an der Teilungsstelle des rechten Bronchus festgesetzt hatte, mit Hilfe der direkten Bronchoskopie unter Lokalanästhesie. Bei einer 32jährigen Frau war ein in die Luftröhre eingedrungenes Knochenstück nach 5 Wochen spontan expektoriert worden. Andauernde Beschwerden veranlaßten eine Bronchoskopie, die ein Dekubitusgeschwür an der Teilungsstelle der Luftröhre erkennen ließ. Der Heilungsverlauf dieses Geschwürs konnte genau verfolgt werden. Ein 31jähriger Mann hatte ein künstliches Gebiß in den linken Bronchus aspiriert. Die Feststellung gelang mittels Röntgenogramms. Das Gebiß wurde ebenfalls in Lokalanästhesie, durch direkte obere Bronchoskopie etwa 4 Wochen nach der Aspiration entfernt. Bei dem vierten Pat. handelte es sich nicht um einen aspirierten Fremdkörper, sondern um ein seit 15 Jahren bestehendes Bronchialasthma bei einem 39jährigen Manne. Es gelang S. hierbei, bronchoskopisch auf der Höhe des Anfalls eine Verengerung der Bronchiallichtungen, einen Bronchialkrampf zu beobachten. Der rechte Hauptbronchus erschien ringförmig eingeschnürt; die physiologische Erweiterung der Bronchiallichtung bei der Inspiration blieb aus, die Lokomotion des Bronchus war vermindert, eine Hyperästhesie der Schleimhaut bestand nicht. S. nimmt daraufhin als Kardinalursache des mit Asthma bronchiale bezeichneten Krankheitsbildes einen erhöhten Krampf der Bronchien an. Derartige Asthmaanfälle ließen sich bronchoskopisch durch lokale Anwendung anästhesierender Mittel günstig beeinflussen, so daß S. rät, dieser Art der Therapie mehr Beachtung zu schenken, besonders auch

gegenüber der operativen Mobilisation des starren Thorax durch Rippenresektion nach Freund. Erhard Schmidt (Dresden).

51) H. C. Cameron and C. H. Rippmann. A case of primary sarcoma of the lung. (Guy's hospital reports LXIV. p. 347. London 1910.)

Rundzellensarkom des linken unteren Lungenlappens bei einem 20jährigen Manne; die Sektion ergab völliges Fehlen von Metastasen auch seitens der Bronchialdrüsen. Das Gewicht der Geschwulst betrug 4,380 g!

Derartige Fälle sind recht selten, Verff. konnten nur 23 entsprechende Beobachtungen aus der Literatur zusammenstellen.

Zum Unterschiede gegenüber Mediastinalgeschwülsten und Geschwülsten, die vom Lungenhilus ausgehen, pflegen Kompressionserscheinungen (Venendilatation, Ödeme von Brusthaut und Arm, Stridor usw.) zu fehlen; Pleuraergüsse sind ungemein selten. Charakteristische Auswurfsveränderungen sind nicht bekannt; Hämoptysis wird nur in elf Fällen verzeichnet. Literatur.

E. Melchior (Breslau).

52) S. J. Repin. Zur Behandlung der eitrigen Pleuritis nach S. W. Lewaschow. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 7.)

Aus der russischen Literatur sammelte R. 28 Fälle von Pyothoraxbehandlung nach Lewaschow (Punktion und Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung). 6mal serös-eitrige Pleuritis, alle geheilt; 20mal eitrige — 7 geheilt, davon 6 nach Pneumonie; 2 mal tuberkulöser Pyopneumothorax — subjektive Erleichterung, doch schließlich Tod.

R. selbst hat zwei Fälle behandelt: 1) Pyopneumothorax circumscriptus, wegen Schwäche keine Pleurotomie, sondern Lewaschow mit Erfolg, der Eiter verschwand; 2) serös-eitrige Pleuritis — Heilung. — Schlußsätze: In Fällen, wo die Pleurotomie gefährlich ist, verdient Lewaschow's Methode als palliative Voroperation Anwendung. Durch Pneumokokken verursachte eitrige Pleuritis wird meist durch dieses Verfahren endgültig geheilt. In allen Fällen von serös-eitriger Pleuritis wurde (nach der Literatur) Heilung erzielt. Gückel (Kirssanow).

53) W. Alexander. Die Verhütung der Herzbeutelverwachsung. (Zeitschrift für physik. u. diät. Therapie 1911. Bd. XV.)

Zur Verhütung der Concretio pericardii, der gefährlichsten Folgeerscheinung der akuten Perikarditis, schlägt Verf. die Anlegung eines künstlichen Pneumoperikards vor, um dadurch in einfacher und gefahrloser Weise die Blätter des Perikards so lange auseinander zu halten, bis der entzündliche Prozeß abgelaufen und eine Verklebung nicht mehr zu befürchten ist. Die Lufteinblasung hat die Punktion des Herzbeutels zur Voraussetzung, die natürlich nur bei solchen Fällen erlaubt ist, die mit einem Exsudat einhergehen, dann aber keine besondere Gefahr bietet. Es scheiden daher trockene Perikarditiden aus sowie die Fälle, die, ohne je ein Zeichen einer frischen Perikarditis geboten zu haben, schleichend ihre Verwachsungen erwerben. Ebenso kommen eitrige Ergüsse, bei denen ein Austritt infektiösen Materials zu befürchten ist, für die Methode nicht in Betracht; diese Fälle müssen operativ angegriffen werden. Die Technik ist folgende: Punktion des Exsudats mit dem feinsten Curschmann'schen Trokar in oder außerhalb der linken Mammillarlinie; wenn nichts mehr abfließt, Einblasen von event. vorher erwärmter Luft oder Stickstoff (die schwerer als Sauerstoff resorbiert werden),

bis das Pneumoperikard eine Größe erreicht hat, die zwar nach allen Seiten der vorherigen Ausdehnung des Exsudats erheblich nachsteht, aber doch beträchtlich ist. Gerade die am meisten zu Verwachsungen neigenden Stellen, die Vorderfläche des Herzens und die Umgebung der großen Gefäße, werden zuerst und vorzugsweise von der Luft aufgesucht, da sie am höchsten gelegen sind. Bei erfolgender Resorption Nachfüllung von Luft, bis man mit Sicherheit annehmen kann, daß alle Entzündungserscheinungen abgelaufen sind; dann erst darf man die gänzliche Resorption der Luft gestatten. W. V. Simon (Breslau).

---

54) Beatson. The treatment of operable and inoperable carcinoma of the mamma. (Glasgow med. journ. 1910. September.)

Zur Behandlung des operablen Mammakarzinoms empfiehlt B. die ausgiebige Entfernung der Mamma mit ihrer Umgebung samt Achseldrüsen, Pectoralis major und minor, Serratus magnus, Subscapularis und axillarem Anteil des Latissimus dorsi.

Bei der Behandlung inoperabler Mammakarzinome hat sich ihm in einer Anzahl von Fällen die Oophorektomie, eventuell zugleich mit Verabreichung von Schilddrüsenextrakt auffallend gut bewährt. W. v. Brunn (Rostock).

---

55) A. Strunikow. Zur Resektion der Vena subclavia. (Charkower med. Journ. 1910. Bd. X. Nr. 6. [Russisch.])

Zwei von L. W. Orlow operierte Fälle von Mammakarzinom, die die alte Erfahrung bestätigen, daß die V. subclavia ohne wesentliche Gefahren für die Extremität reseziert werden kann. Beide Pat. konnten nach 22 bzw. 25 Tagen mit mäßigem Ödem entlassen werden.

S. ist der Ansicht, daß die Resektion der Vene viel häufiger ausgeführt werden müßte, da man nie sicher sei, ob nicht in der Gefäßwand, wenn die Geschwulst noch so gut von ihr gelöst ist, Geschwulstzellen sitzen.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

56) L. Heidenhain. Über Deckung von großen Defekten der Brusthaut. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 202.)

Zur Wunddeckung nach ausgedehnter Mammaamputation empfiehlt H. eine Lappenplastik aus der Bauchhaut, und zwar mit lateraler Stielung. (Die zuerst probierte mediale Stielung hatte unbequemen Narbensitz in der Seite — »Taille« — zur Folge.) Acht der Mitteilung beigegebene Photogramme, teils während der Operation, teils an den geheilten Frauen aufgenommen, erläutern das nach ihnen sehr nachahmenswert erscheinende Verfahren. Man sieht eine gewaltige Größe der zur Verschiebung gelangten rechteckig-zungenförmigen Lappen, ihre Basis etwa in der hinteren Axillarlinie, ihre Basislänge vom unteren Brustexzisionsschnittrande bis zum unteren Rippenrande, ihre transversale Länge etwa bis zur Mittellinie im Epigastrium reichend. Der Defekt am Bauch läßt sich, wie H. angibt, durch Verschiebung der übrigen Bauchhaut, wenn nötig nach vorgängiger Unterminierung derselben, überraschend gut verkleinern, wobei versenkte Nähte angenehme Dienste tun. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

57) Hirsch. Eine besondere Form des Kahnbeinbruches im Röntgenbilde. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

Verf. hat eine neue »typische« Form des Kahnbeinbruches im Röntgenbilde gefunden, die bisher nicht als solche beschrieben worden sei, sondern, wenn sie beobachtet wurde, zu unrichtigen Deutungen Veranlassung gegeben habe. Neben den zwei Hauptformen des Kahnbeinbruches, der Fraktur der Tuberositas ossis navicularis und der Fraktur des Kahnbeinkörpers, gibt es nach dem Verf. eine andere Form, bei der eine mehr oder weniger kreisrunde, überaus deutliche Aufhellung in der Mitte des Kahnbeinkörpers liegt; bisweilen kann man dabei überdies auch eine feine Bruchlinie konstatieren, die an der Peripherie des Knochens, an der typischen Stelle beginnt und in diesen zentralen Hohlraum einmündet; öfters aber ist die Frakturlinie nicht zu finden. Da nun in allen Fällen von intrakaspärem Kahnbeinbruch in der Wiener Klinik (Krankenhaus Wieden) prinzipiell die primäre, frühzeitige Exstirpation des gebrochenen Knochens geübt wird, fanden die Operateure, daß dem geschilderten Röntgenbefund in der Tat eine typische quere, intrakapsuläre Fraktur des Kahnbeinkörpers entsprach. Es handelte sich um eine Zerquetschung und Zermalmung von Spongiosa im Zentrum des Knochens; das Kahnbein wies in seinem Innern eine Höhle auf, die mit frischblutigem Brei erfüllt war. Die Operationen fanden 1—3 Tage nach dem Trauma statt, so daß ein Irrtum nicht möglich ist.

Verf. schließt: Eine mehr oder weniger kreisrunde Aufhellung im Zentrum des karpalen Kahnbeines mit oder auch ohne deutliche, in die Aufhellung einmündende Frakturlinie in Fällen, bei denen ein entsprechendes Trauma stattgefunden hat, und die klinisch das Symptomenbild des Kahnbeinbruches bieten — ein solcher Befund entspricht einer typischen intraartikulären Fraktur des Kahnbeinkörpers mit ausgedehnter Zermalmung von Knochenspongiosa.

Damit verwirft H. auch die nach seiner Ansicht gesuchte und gekünstelte Erklärung Preiser's, der eine rarefizierende Ostitis des Knochens annahm.

Gaugele (Zwickau).

---

58) Lilienfeld. Wie heilen die Brüche und Verrenkungen der Finger in der Kassenpraxis? (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

In den Jahren 1901 bis 1909 hat Verf. 1395 Knochenbrüche in dem Zanderinstitut der Ortskrankenkasse Leipzig beobachtet, darunter 153 Fingerbrüche und 239 typische Radiusbrüche. Er konstatiert die traurige Tatsache, daß selbst die einfachsten Knochenbrüche fast stets ihre ursprüngliche Dislokation beibehalten. Zum Beweise dafür, wie wenig die Notwendigkeit der frühzeitigen mediko-mechanischen Nachbehandlung zum Gemeingut der Ärzteschaft geworden sei, fügt er die Tatsache an, daß im Durchschnitt die Radiusbrüche erst am 40. Tage, und zwar noch erwerbsunfähig, dem Zanderinstitut zur Nachbehandlung überwiesen werden, wobei auch alle leichten Fälle ohne Dislokation mit eingerechnet wurden. Das jetzige Verfahren der Knochenbruchbehandlung an der Hand besteht mit wenigen Ausnahmen darin, daß das verletzte Glied geschient wird, ohne daß ein ernstlicher Versuch der Reposition gemacht wird. L. wiederholt daher seine schon früher aufgestellte Forderung, daß jeder Knochenbruch ebenso wie die Verrenkung sofort eingerenkt werden muß, unter Umständen in Narkose. Vor allem klagt Verf. darüber, daß heute noch die Röntgendurchleuchtung ver-

hältnismäßig selten oder nur in einer Ebene vorgenommen werde. In seinen Beispielen zeigt er uns die verderbliche Wirkung der all zu sparsamen Röntgendurchleuchtung. Seine Schlußsätze seien wörtlich angeführt:

»Zur Versorgung eines Knochenbruches ist dem Kassenarzt mindestens eine geschulte Hilfe zu stellen, was durch das Personal der Sanitätswachen leicht und ohne große Kosten zu bewerkstelligen ist.

Bei dem Verdacht einer Knochenverletzung ist die sofortige Röntgenuntersuchung vorzunehmen und im Anschluß daran die Einrichtung des Knochenbruches ohne Verzögerung, gerade wie es die Luxation verlangt.

Eine Durchleuchtung allein genügt nicht. Die Röntgenaufnahme muß, um schwere Irrtümer zu vermeiden, in zwei zueinander senkrechten Ebenen stattfinden. Nach dem Verband ist eine Kontrollaufnahme unerläßlich.

Wo Röntgenuntersuchung nicht möglich ist, sollte bei den Fingerbrüchen die Diagnose nicht von »Krepitation« und »abnormer Beweglichkeit« abhängig gemacht werden, da diese Symptome gerade bei den dislozierten Brüchen meist fehlen.

Eine längere Schienung ist von Nachteil. In der 3. Woche kann meist schon die mediko-mechanische Nachbehandlung beginnen.

Finger-, besonders Daumenluxationen, kommen viel häufiger vor als sie diagnostiziert werden.

Gaugele (Zwickau).

---

59) Ludwig Wrede. Beitrag zur Kasuistik und Ätiologie der erblichen angeborenen Kniescheibenverrenkung. (Med. Klinik 1911. p. 19.)

In einer Familie vererbte sich durch die Männer die doppelseitige angeborene Kniescheibenverrenkung (Stammbaum). W. untersuchte von den damit belasteten Familienangehörigen einen Mann, der als Schmied unbehindert tätig war, und dessen Sohn und Tochter. Es fanden sich noch weitere Abweichungen (Adduktion der Endglieder an den Kleinfingern, Mißbildung der Nagelglieder an Daumen und Zeigefingern, doppelseitige Verrenkung des Köpfchens des Ellbogenbeines, seitliche Rückgratverkrümmung, Brustkorbeinstülpung). Alle Besonderheiten sind auf besondere Körperhaltung der Früchte und Raumbeschränkung im Uterus zurückzuführen; letztere war vom Vater her vererbt (enge Eihäute, Fruchtwassermangel).

Georg Schmidt (Berlin).

---

60) Th. Müller. Zur Behandlung der Knieversteifung. Aus der chir. Abt. des Augusta Viktoria-Krankenhauses Schöneberg (Prof. Dr. Kausch). (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 49.)

Das Verfahren, dessen Wert zwei typische Krankengeschichten dartun, besteht darin, daß das Gelenk zunächst in Narkose mobilisiert, danach in maximaler Beugestellung durch Bindentouren für 24 Stunden festgebunden und hierauf tagsüber mittels einer um den Oberschenkel dicht über dem Gelenk gelegten Handtuchschlinge suspendiert wird, so daß der Unterschenkel der Schwere nach frei herabhängt. Während der Nacht wird die Schlinge abgenommen, das Bein frei im Bett liegen gelassen, wodurch es von selbst in Streckstellung gerät, und tagsüber die senkrechte Suspension des Oberschenkels wiederholt. Jeden Tag ist der Fortschritt größer, die Beugung leichter und schmerzloser ausführbar. Statt des Galgens für die Suspension läßt sich auch ein Haken am Kopfende des Bettes oder an der Wand und ähnliches benutzen. Ist die vorbereitende Mobilisa-

tion in Narkose nicht nötig, so wird der Pat. zu passiven Bewegungen in der Weise angehalten, daß eine durch die Kniekehle gelegte Schlinge mittels eines Strickes über eine sekrecht darüber befindliche Rolle oder Querstange geführt wird und der Kranke an einem am Strickende angebrachten Handgriff das Knie zu heben sucht. Kramer (Glogau).

---

61) Branch. A popliteal aneurisma of unusual size. (Surgery, gynecology and obstetrics XI. 6.)

Bei einem 48jährigen Farbigen, der an Syphilis litt, entwickelte sich nach einem Schlag in die Kniekehle ziemlich rasch eine Geschwulst, die das Knie zu unförmlicher Schwellung brachte und bis über die Mitte des Oberschenkels reichte. Die Zeichen, die ein Aneurysma vermuten ließen, waren recht wenig ausgesprochen, so daß die Diagnose zwischen ersterem und Sarkom schwankte. — Die Absetzung im Hüftgelenk führte am folgenden Tage den Tod herbei. Das Aneurysma hatte keinen ausgesprochenen Sack mehr, und der Knochen des Oberschenkels und Schienbeins waren angenagt. Das Gerinnsel wog 11 Pfund!

Trapp (Riesenburg).

---

62) G. J. Turner. Über sogenannte intrauterine Unterschenkelbrüche und ihre Behandlung. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 6 u. 7.)

Nach T. ist diese angeborene Mißbildung eine Folge von Raumbeengung und Druck auf die untere Extremität im Fruchtsack. Im Gegensatz zu Sperling sieht er in der Narbe an der Spitze des Winkels eine Folge nicht von Amnionverwachsung, sondern von Druck auf die Haut in der Gegend der vorspringenden Crista tibiae. Das war besonders in einem seiner Fälle sehr deutlich zu sehen. Nach Kirmisson ist eine analoge Narbe oft unten an der Ulna (ohne Bruch der letzteren) bei Radiusdefekt zu beobachten. — T. beobachtete fünf Fälle. Zweimal war die Operation erfolglos. Im dritten Falle Keilexzision aus der verdickten Fibula, Anfrischung der Enden der Pseudarthrose ohne Naht; Rezidiv, neue Keilexzision, stufenförmige Anfrischung der Pseudarthrose, Fixation mittels Metallplatte nach Lambotte; geringe Callusentwicklung, schließlich Heilung. Im vierten Falle — zweiseitig — wurden die Knochen reseziert; keine Heilung; neue Operation — größere Ablösung des Periosts und Naht; Resultat noch unentschieden.

Vielleicht könnte man bei Hypertrophie der Fibula ein Stück derselben mit dem Periost in die Tibiapseudarthrose verpflanzen. Gückel (Kirssanow).

---

63) J. Wierzejewski. Über einen Fall isolierter Lähmung des Nervus peronaeus nach Unterschenkelosteotomie. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von Einheilung von Fremdkörpern. (Med. Klinik 1910. p. 1936.)

Bei einer 6jährigen Rachitischen wurde aus dem Schienbein ein Keil ausgemeißelt, das Wadenbein mit der Hand gebrochen, die beiderseitige Coxa vara bis zur äußersten Abduktion redressiert. Es folgten Pulsstörungen, wohl infolge von Fettembolie, sowie völlige Peronaeuslähmung. Das Wadenbeinköpfchen war, wie das Röntgenbild ergab, ausgerenkt worden. 5 Wochen später Einschnitt auf das Wadenbeinköpfchen: der Nerv war durch dieses übermäßig gespannt, abgeplattet und mit alten Blutergüssen durchsetzt. Nach Entfernung des äußeren Drittels des Köpfchens und der Knorpelfuge wird der Nerv in Fischblase eingehüllt.

7 Wochen später ist seine Leistung völlig wiederhergestellt. — Das Mädchen starb nach weiteren 6 Monaten an Scharlach. Der der Leiche entnommene Nerv erwies sich als normal; die auch im Mikroskop gut kenntliche Fischblase hatte seine Verwachsung mit der Umgebung verhindert (Bilder).

Dementsprechend bewährte sich Fischblase, deren einfache Zubereitung geschildert wird, auch bei zahlreichen Sehnenüberpflanzungen und -raffungen als gut isolierendes, niemals Eiterungen verursachendes Mittel, dagegen nicht bei der Beweglichmachung von Hüftgelenken. Georg Schmidt (Berlin).

---

64) Dieulafoy. Gangrène du pied et de la jambe chez un homme âgé et diabétique. Heureux résultats des applications de douches d'air surchauffée à très haute temperature. (Bull. de l'acad. de méd. 1910. Nr. 6.)

D., der eine Arteriitis diabetica leugnet und nur einräumt, daß der Diabetes eine schon bestehende Arterienerkrankung zu begünstigen imstande ist, erzählt ausführlich von einem sehr elenden, fast sterbenden Zuckerkranken mit feuchter Gangrän des Unterschenkels, der nicht operationsfähig war. Durch tägliche Duschen mit heißer Luft wurde die feuchte Gangrän in eine trockene verwandelt, wurden damit die septischen Erscheinungen innerhalb 8 Tagen beseitigt und die Grundlage für die Hebung des Kräftezustandes gelegt. Nach ca. 2 Monaten konnte bei gutem Kräftezustand die Amputation glücklich ausgeführt werden.

Der Aerothermogenerateur genannte Apparat ist nach dem Grundsatze der wohlbekannten Handheißluftdusche gebaut und kann sowohl an Gleich- als Wechselstrom angeschlossen werden. Er liefert bis 50 Liter Luft in der Minute bis zu einer Temperatur von 700°. Die gangränösen Teile wurden mit 300-, die Umgebung mit 80—100gradiger Luft behandelt. Der üble Geruch und die Schmerzen schwinden sehr rasch. Die an und für sich wenig schmerzhafte Behandlung dauert täglich $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ Stunden. Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

65) K. Büdinger. Die Behandlung des Ulcus cruris varicosum mittels Pflasterstrumpfverbandes. (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 3.)

Das Prinzip der zirkulären Venenunterbindung proximal vom Geschwür läßt sich auch unblutig erreichen. Verf. legt am elevierten und ausgestrichenen Bein eine 10 cm breite Kalikobinde in zwei- bis vierfacher, ein etwa 6 cm breites Band bildender Tour unter mäßigem Zuge an; darüber kommt schmäleres Pflaster wieder ineinander teilweise deckenden Streifen so, daß es der Haut nirgends direkt aufliegt. Nach etwa 10 Tagen muß der mit einem Scherenschlag zu entfernende Verband erneuert werden, später etwa jede Woche. Die Geschwüre heilen ungefähr ebenso schnell, wie bei der operativen Behandlung. Natürlich beansprucht auch diese Methode keine Geltung für alle Fälle. Renner (Breslau).

---

66) Grune. Ein Beitrag zur Kasuistik der posttraumatischen Verknöcherung des Lig. trapezoideum und conoideum. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 1.)

Verf. beschreibt zwei Fälle der in der Überschrift genannten Bänderverknöcherung. Wahrscheinlich ist durch das Trauma Periost in die Bänder verlagert worden. Die Diagnose wurde durch die Röntgenaufnahme gestellt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

67) A. Schanz (Dresden). Die orthopädische Behandlung der Fußgelenkstuberkulose. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

S. führt die Tatasche, daß die konservative Behandlung der Fußgelenkstuberkulose weniger günstige Resultate ergibt, als die der Tuberkulose des Knie- und Hüftgelenks, darauf zurück, daß die orthopädische Behandlungsmethode für die Anwendung auf das Fußgelenk noch nicht genügend ausgearbeitet sei. Die Gipsverbände werden wohl richtig angelegt und bringen mit der Bettruhe wesentliche Besserung; aber diese schwindet wieder, wenn Pat. mit dem Verband umhergeht, weil bei der Be- und Entlastung des Beines und beim Abrollen des Fußes dieser in dem Verband hin- und hergleitet. Deshalb muß der Gehverband anders gestaltet sein, als der Fixationsverband. Dieser reicht bei S. vom Zehenansatz bis zum obersten Drittel des Oberschenkels herauf und fixiert das Kniegelenk in leichter Beugestellung. Als Gehverband wird ein Schienenhülsenapparat benutzt, vor dessen Anlegung Pat. einen Leim- oder Pflasterverband erhält, der vom Zehenansatz bis zum Knie reicht und im Apparat die Aufgabe der Fixation des Gelenkes zu besorgen hat. Letzterer muß sich gegen den Sitzknorren anstemmen; der Fuß darf den Sohlenteil des Apparates nur mit den Zehen berühren und muß mit der Ferse mindestens fingerbreit von ihm abbleiben. Unter der Sohle wird zweckmäßigerweise ein halbkugelförmiges Korkstück angebracht, das ein Abrollen des Fußes ermöglicht. Kann man nur einen Gipsverband als Gehverband nehmen, so muß ein Gehbügel unter die Sohle gesetzt werden. Neben dieser örtlichen Behandlung ist auch eine allgemeine (vegetarische Diät ohne Milchkost, Schmierseifenkur usw.) anzuwenden. — S. hat auf diese Weise auch bei Fußgelenkstuberkulosen gute Resultate erzielt, die besonders im jugendlichen Alter in Ausheilung mit voller Funktion des Gelenkes bestanden; aber er wendet sie auch bei Erwachsenen mit Erfolg an. Kramer (Glogau).

---

68) Bossuet. Un cas de luxation du tendon péronier lateral gauche. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1910. September.)

Ein Offizier bekam durch einen Fehltritt auf der Straße plötzlich Schmerzen und Anschwellung am linken Fußgelenk. Bei der Untersuchung fand man, daß die Sehne des langen Peroneus über den Knöchel nach vorn gerutscht war. Sie ließ sich zwar leicht durch Fingerdruck reponieren, luxierte aber bei jeder ausgiebigen Streckung des Fußes wieder nach vorn. Die deswegen vorgeschlagene Operation wurde abgeschlagen, der Verletzte tat nach einigen Tagen wieder Dienst zu Pferde. Er fühlte wohl, daß die Sehne immer wieder nach vorn glitt, aber auch leicht wieder zurückschlüpfte. Nach und nach verlor sich das Nachvorngleiten von selbst, so daß der Betreffende auch ohne Operation völlig geheilt wurde.

Herhold (Brandenburg).

---

69) G. A. Albrecht. Zur Pathologie und Therapie des Hallux valgus. (Russki Wratsch 1911. Nr. 1.)

A. hält die Theorie von Ajevoli über den Entstehungsmechanismus des Leidens für die wahrscheinlichste. Er selbst hat zwei Fälle mit gutem Erfolg operiert. Im ersten Falle wurde der vorstehende Teil des Metatarsusköpfchens abgeschlagen und das Köpfchen so geformt, daß die Zehe mühelos in richtige Lage gestellt werden konnte; darauf wurde der Extensor hallucis longus längs gespalten und die mediale Hälfte in eine speziell für sie im Metatarsus ausgemeißelte

Knochenfurche (an dessen medialer-oberer Fläche) gelagert und mit dem Periost an der medialen Seite der ersten Phalanx vernäht; über der Sehne wurde das Periost der Metatarsus vernäht. Im zweiten Falle — mit sehr stark ausgeprägter Adduktion des Metatarsus — wurde aus dem Keilbein und dem Metatarsus ein das Gelenk mitnehmender Keil mit Basis nach außen exzidiert, das Köpfchen des Metatarsus wie in Fall 1 abgemeißelt, worauf die Reposition der Zehe in normale Lage gelang. Wichtig ist natürlich die orthopädische Nachbehandlung und die Sorge für richtig geformte Fußbekleidung. Zwei Röntgenschemata zeigen den Fuß vor und nach der Operation, sowie die Knochenschnitte.

Gückel (Kirssanow).

---

70) G. Gf. Wurmbrand. Beitrag zur Kasuistik der subungualen Zehensarkome. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 445.)

W. berichtet aus der Wiener Klinik von Hochenegg drei Fälle von subungualem Sarkom der Großzehe. Die Pat. standen in etwas höherem Alter von 47 Jahren an. Die Dauer des Leidens erstreckte sich über Jahre hinaus, und die Schmerzen steigerten sich gleichzeitig mit den Veränderungen am Nagel, welcher sich allmählich vorwölbt und seine Konsistenz ändert. Es bilden sich reichlich sezernierende Granulationen unter dem Nagelbett, die jeglicher Medikation trotzen und schließlich zu einem energischen Eingriff auffordern. Fall 1 ist ein Melanosarkom. Der Exartikulation der Zehe folgte ein Leistendrüsenrezidiv nach $3^1/_2$ Jahren. Fall 2 ist ähnlich; das Leistendrüsenrezidiv gelangte hier bereits $^1/_4$ Jahr nach der Zehenexartikulation zur Operation. In Fall 3 erwies sich die Geschwulst der entfernten Zehe histologisch als Myxochondrom. Angefügt ist noch der Bericht über einen älteren von Gussenbauer 1897 mit Zehenexartikulation behandelten Fall von subungualem Melanosarkom. 1904 zeigte dieser Pat. ein ulzeriertes faustgroßes inoperables Rezidiv von schwarzer Farbe in der Wade. Mikroskopische Übersichtsbilder von den berichteten Fällen sind beigegeben.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

47) Pernice (Frankfurt a. O.). Ein neues Sitzkissen. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

Verf. gibt die Beschreibung eines anscheinend sehr praktischen Sitzkissens, das sich namentlich bei Pat. mit Fistula ani, Hämorrhoiden, Abszessen am Anus usw. gut bewährt hat und das einem Landarzt, der wegen Coccygodynie lange Zeit nicht praktizieren konnte, sofort wieder die Aufnahme der Praxis und die Ausführung von Landfahrten ermöglichte. Das Kissen ist U-förmig und wird so verwandt, daß die U-förmige Öffnung nach rückwärts sieht. Weitere Einzelheiten sind aus der der Mitteilung beigefügten Abbildung ersichtlich.

Deutschländer (Hamburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 17. Sonnabend, den 29. April 1911.

Inhalt.

Aus dem Kgl. Marinelazarett in Carlskrona, Schweden.

Zur operativen Therapie der Varicokelen.

Von

Dr. Gunnar Nilson,
Marinearzt I. Grades.

In größerer Zahl kommt die Varicokele besonders in Militärlazaretten zur Beobachtung. Aus einigen den Armeen zugehörigen Krankenhäusern stammen unter anderem die Arbeiten auf dem Gebiete der Varicokele von Gaujot[1], Annequin[2], Carta[3] und Bradley[4]. Wie man vermuten kann, macht der Krampfaderbruch auch bei den Mannschaften der Flotten ähnliche Beschwerden (Cazamian[5]), und die Symptome werden auch bei den Männern mit beginnendem

[1] Gaz. hebd. de Paris 1878.
[2] Arch. de méd. et pharm. milit. 1899.
[3] Giorn. med. del r. eserc. 1903 und Giorn. di med. milit. 1908, beide referiert im Zentralblatt f. Chir.
[4] The milit. surg. 1901.
[5] Arch. de méd. nav. 1909.

Militärdienst nicht selten bedeutend vermehrt. Während einer 7jährigen Tätigkeit als Chirurg am Kgl. Marinelazarett in Carlskrona hat Verf. Gelegenheit gehabt 65 an Varicokele leidende Seeleute zu behandeln.

All diese Kranken sind auf eigenem Wunsch wegen Schmerzen operiert, mit Ausnahme eines einzigen, wo sexuelle Beschwerden den Anlaß zum Eingriff gaben. Dieser Umstand scheint Verf. gegen die oft geäußerte Ansicht zu sprechen, daß die subjektiven Symptome bei Varicokele hauptsächlich neurasthenischer Art wären.

Ein Durchgehen der Literatur von der operativen Therapie des Krampfaderbruches hat Verf. zu folgenden Schlüssen geführt. Alles Operieren im Dunkeln — wie bei der subkutanen Ligatur und anderen alten sog. konservativen Eingriffen — ist zu verwerfen, weil man dabei nicht sicher sein kann, alle erkrankten Venen mitzufassen. Außerdem hat es sich gezeigt, daß, wenn bei den Operationen mit Exzision der Venen die Stümpfe, wie bei Narath's[6] Methode, in unmittelbare Berührung miteinander gebracht werden, eine Verwachsung der Gefäße mit sekundärer Wiederherstellung der Lumina folgt (Minkiewitsch[7]). Die Regeneration der Blutbahn geht dabei von den kleinen Vasa vasorum aus, die nach Istomin[9] beim Krampfaderbruch nicht unerheblich vermehrt sind. Von Lauwers[8] vorgenommene Nachuntersuchungen an nach Narath operierten Fällen haben denn auch gezeigt, daß in nicht weniger als 50% deutliche Rezidive der Varicokele vorhanden waren. Die Phlebektomie hat indessen auch ohne Vereinigung der Stümpfe ein schlechtes Resultat erwiesen. Corner und Nitch[10] haben nämlich bei nach dieser Methode Operierten 30% von den Nachuntersuchten subjektiv unverbessert oder gar verschlimmert gefunden. Eine Erklärung dieser Tatsache ist wahrscheinlich darin zu suchen, daß der Hoden tief in dem schlaffen Hodensacke zurückgelassen bleibt.

Wäre dann nicht die seit Astley Cooper[11] nach mehreren Methoden geübte Skrotalresektion geeignet, die Orchidoptose und die davon abhängigen Schmerzen zu heben? Wegen der nach Annequin[12] bis zu 30% erfolgenden Rezidiven bei dieser Operation ist das nicht der Fall. Die Resektion des Skrotum ist übrigens eine nur palliative Operation, da sie die Venen unberührt läßt. Andere Eingriffe an den Hüllen des Hodens und des Samenstranges nach Parona[13], Schifone[14], Carta[15] und andere sind ebenfalls von demselben Gesichtspunkt aus zu beurteilen. Die guten Resultate, welche berichtet werden, sind sicherlich wie bei der Skrotalresektion zum größten Teil auf Rechnung der gleichzeitigen Exzision der Venen zu schreiben.

Für die Varicokele ist die Phlebektomie den anderen Operationen vorzuziehen, weil dabei die veränderten Gefäße entfernt werden und das Blut gezwungen wird, später in gesunden Bahnen zu strömen. Dazu wird der Hoden mit Sicherheit von dem gesteigerten Venendrucke entlastet. Aus den angeführten Gründen kann man indessen bei der Exzision der Venen eine Vereinigung der Stümpfe

---

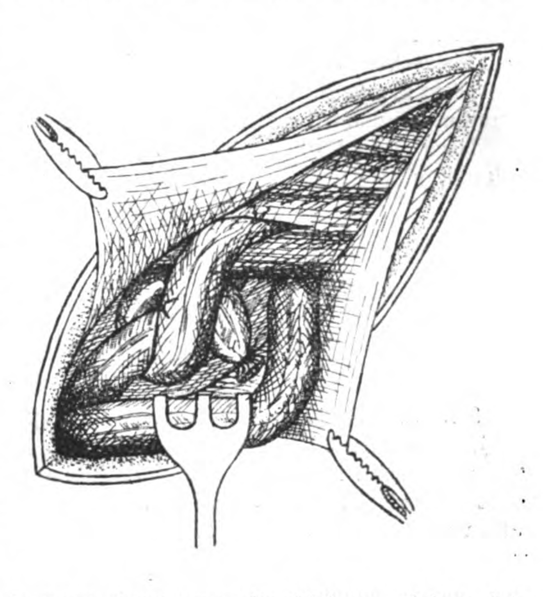
[6] Wiener klin. Wochenschr. 1900.
[7] Virchow's Archiv Bd. XXV u. XLVIII.
[8] Dtsch. Zeitschr. f. Chir. 1909. Bd. XCIX.
[9] Münch. med. Wochenschr. 1910.
[10] Brit. med. Journ. 1906, I.
[11] Guy's hospital reports 1838.
[12] l. c.
[13] Policlinico 1899 und Gazz. degli osped. 1901, XII, beide referiert im Zentralbl. f. Chir.
[14] Policlinico 1905, ref. im Zentralbl. f. Chir.
[15] l. c.

zwecks gleichzeitiger Beseitigung der Orchidoptose nicht anwenden. Die durch Zusammenknoten der Ligaturen nach Bennett[16] ausgeführte Suspension läßt außerdem oft nach, weil die einander genäherten Stümpfe von der Ernährung abgeschnürt sind und nicht anheilen. Es ist darum angezeigt, mit den Stümpfen in anderer Weise zu verfahren, teils um Rezidiven der Varicokele vorzubeugen, teils um eine dauernde gute Elevation des Hodens zu schaffen. Da sich der untere Venenstumpf sehr gut zum letztgenannten Zwecke anwenden läßt, ist eine Kombination der Phlebektomie mit irgendwelchem gegen die Orchidoptose gerichteten Eingriff an den Hüllen unnötig.

Da die Arteria spermat. int. nach den Untersuchungen v. Haberer's[17] unten im Plexus pampiniformis vergraben liegt und ein sicheres Konservieren dieses Gefäßes, wenn nicht absolut notwendig, sich doch, um die Ernährung des Hodens nicht zu gefährden, als sehr wünschenswert erwiesen hat, so ist die Phlebektomie in den Leistenkanal zu verlegen, wie es Narath gemacht hat. Die einzelnen Elemente des Samenstranges lassen sich da schön übersehen und können sicher geschont werden. Auch läßt sich die Asepsis in der Leistengegend besser durchführen (Krone[18]).

Eine Berücksichtigung der obigen Gesichtspunkte liegt folgendem, vom Verf. mit bestem Erfolg angewandtem Operationsverfahren zugrunde:

Schnitt über dem Leistenkanal wie bei Bassini's Bruchoperation und Freipräparierung des Venenstranges. Wenn die Vena spermat. ext. varikös gefunden wird, Exzision eines Stückes derselben. Von einem Längsschnitt an der Vorderseite des Samenstranges aus werden die von dem Plexus pampiniformis stammenden Venen, die sog. Vena spermat. int., stumpf isoliert und hoch oben in der Nähe des Bauchfelles gemeinsam ligiert. Lösung des unteren Venenstumpfes nach unten aus seiner Scheide im Venenstrang, was immer sehr leicht ist, da der Plexus pampiniformis in dieser Strecke keine Anastomosen zu den übrigen Venen des Samenstranges abgibt. Emporziehen des Venenpakets in die Wunde, bis man den Hoden an der Vorderseite der Symphyse palpieren kann. Um den Hoden in diese Lage zu fixieren, wird der lange untere Stumpf um



die untersten Bündel der gemeinsamen Aponeurose des Obliquus abdom. int. und transversus geknotet, nachdem ein bis 2 cm breiter Teil dieser Aponeurose, dem Faserverlauf entsprechend und ohne die Kontinuität derselben zu beein-

[16] On varicocele. London 1891.
[17] Arch. f. Anat. u. Physiol., anatom. Abteil. 1898. XXII.
[18] Occid. med. times 1898, ref. in Hildebrand's Jahresberichten.

trächtigen, von der Vorderseite des Musc. rectus abdom. abgelöst worden ist (siehe Fig.).

Sicherung des Abgleitens des Venenknotens durch eine im Ligamentum Pouparti nahe am Tuberculum pubis befestigte schließliche Ligatur des unteren Stumpfes und Abschneiden der nach außen von demselben befindlichen Venen. Dann einige Suturen zwischen den Schlingen des Knotens. Wenn der Krampfaderbruch ein sog. totaler ist und nicht nur Plexus pampinif. und Vena spermat. ext., sondern auch die in normalem Zustande kleine Vena deferentialis varikös ist, Exzision eines mehrere Zentimeter langen Stückes derselben, bevor der Venenknoten gemacht wird. Wenn der Abstand zwischen dem unteren Rand des Obliquus int. und Ligamentum Pouparti groß ist, Vereinigung derselben durch Naht wie bei Bassini's Operation. Kleine Bruchsäcke und Lipome des Samenstranges werden entfernt. Sutur der Externusaponeurose und der Haut.

Die beiden Stümpfe liegen also in solcher Entfernung voneinander, daß eine spätere Regeneration der Blutbahn ausgeschlossen ist und der Hoden am Sehnenblatte der inneren Bauchmuskeln sicher suspendiert ist. Wie nach den Untersuchungen v. Haberer's[19] zu erwarten, kann man ohne Übelstand sämtliche Venen des Samenstranges in der Exzision mitfassen, da die Anastomosen dieser Gefäße mit den Venen im Fundus scroti hinreichend sind, um das Blut vom Hoden wegzuleiten.

Der Eingriff läßt sich in etwa 15 Minuten und unter Lokalanästhesie vollkommen schmerzlos ausführen. Die dabei in Betracht kommenden Nerven — Ileo-inguinalis und Spermaticus ext. — können nach der von Braun[20] für Bruchoperationen an mageren Pat. angegebenen Methode ohne Schwierigkeiten vor dem Hautschnitt durch perineurale Injektionen erreicht werden.

Nicht nur die zurückgelassenen Teile des Plexus, sondern auch das überflüssige Skrotum schrumpfen später spontan zusammen.

Nach dieser Methode sind 65 Kranke operiert. Zur Nachuntersuchung sind folgende gelangt:

Nach	6	Jahren	2
»	3—4	»	3
»	2—3	»	3
»	1—2	»	5
»	$^1/_2$—1	»	3
»	3—6	Monaten	21
		Summa:	37

Sämtliche Nachuntersuchte waren in objektiver Beziehung völlig geheilt. Subjektiv zeigten 33 einwandsfreien Zustand, 3 waren bedeutend gebessert und nur einer nach 7 Monaten infolge einer Thrombose in dem zurückgelassenen Teile des Plexus nicht frei von Schmerzen. Die nicht zur Nachuntersuchung gelangten Pat. waren alle nach 2wöchiger Konvaleszenz beim Entlassen aus dem Lazarett symptomfrei.

Die Indikationen betreffend, hat Verf. wegen großer Schmerzhaftigkeit, schnelleren Fortschreitens des Leidens und manifester oder drohender Hodenatrophie operiert. Nur einmal ist, wie erwähnt, gegen sexuelle Symptome eingeschritten worden. Die Möglichkeit unter lokaler Betäubung zu operieren, trägt dazu bei, die Indikationen zu erweitern. Nur bei Komplikation mit Hypochondrie

---

[19] l. c.

[20] Lokalanästhesie. II. Aufl. Leipzig 1907.

ist genaues Bedenken erforderlich, ehe man sich zum Eingriff entschließt, wie besonders Bennett[21] hervorgehoben hat. Es ist anzunehmen, daß ein Kranker, der wegen Schmerzen und Unbehagen sich zur Operation selbst entschließt, so viel zu leiden gehabt hat, daß ein Eingriff indiziert ist.

---

1) Yoshitiro Takaki (Tokyo). Clinical surgery in Japan. (Lancet 1910. September 24 u. Oktober 1.)

I. Resultate der Whitehead'schen Operation in 176 Fällen innerer Hämorrhoiden.

Verf. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden; den Vorzug gibt er der obgengenannten: Ringinzision zwischen Haut und Schleimhaut, Ausräumung des darunterliegenden Bindegewebes, das die Hämorrhoidalknoten enthält, Wiedervereinigung von Haut und Schleimhaut durch Naht. Vor der Operation wird der Sphinkter mit den Fingern dilatiert. Die Ringinzision wird nicht auf einmal gemacht, sondern immer nur auf ca. 3 cm; es wird erst weiter inzidiert, wenn nach Ausräumung dieser Partie die Naht der Stelle mit Catgut gemacht ist. Auf diese Weise ist die Operation wenig blutig. T. macht sie in 10—15 Minuten. Er hatte 7 Mißerfolge: 1 Lungenembolie bei einem Kranken, der durch unstillbare Blutungen schon vor der Operation sehr anämisch war; 2mal traten Schleimhautgeschwüre auf; einmal eine Sphinkterlähmung, die aber zum Teil schon vor der Operation bestand; 3mal bildeten sich Strikturen, wovon 2 auf Rechnung der Kranken selbst gesetzt werden müssen, die das Hospital zu früh verließen, die dritte auf zu früh gegebene Abführmittel.

II. Behandlung des Karzinoms mit Thymusdrüse.

Verf. wurde nach vergeblichen Versuchen mit den bei Karzinom üblichen Mitteln: Zinkchloridpaste, Trypsin, Thyreoidextrakt — durch Gwyer zu dieser Therapie angeregt. Genaue Beschreibung, wie er das Präparat gewinnt. Sieben Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daß die Schmerzen der Kranken aufhören und die Geschwulst kleiner oder wenigstens im Wachstum gehemmt wird. Die Wirkungen bei Sarkomen waren schwächer. Verdauungsstörungen können auftreten.

III. Zwei Fälle von Perforation bei Typhus abdominalis.

Die Symptome sind die typischen der Perforationsperitonitis. Der Durchbruch erfolgte am 22., bzw. am 14. Krankheitstage, Laparotomie. Fall 1: Zwei Durchbruchstellen, die eine 10, die andere 20 cm von der Ileocoecalklappe entfernt, Lembert'sche Naht; völlige Heilung in 70 Tagen. Fall 2: Verdächtige Geschwürsstelle mit dünnem Grunde im Ileum. Anlegung einer Kotfistel und Punktion des gelähmten und stark meteoristischen Blinddarms. Heilung bis auf die Kotfistel, die sich erst nach $^1/_2$ Jahre schloß.

IV. Akute Appendicitis.

105 Fälle (85 Männer, 20 Frauen). Das Lebensalter war meist zwischen 20 und 30 Jahren. Verf. schreibt die höhere Beteiligung des männlichen Geschlechts nicht nur anatomischen Verhältnissen, sondern hauptsächlich Traumen und Diätfehlern zu. Bakteriologisch wurden nur 10 Wurmfortsätze untersucht. Es fand sich immer Bakterium coli, meist dabei Staphylokokkus aureus oder Streptokokkus pyogenes. T. sieht als schlimmes Zeichen an, wenn das Fieber

---

[21] l. c. und Brit. med. journ. 1901, I.

über 5 Tage hoch bleibt oder plötzlich fällt, ohne daß sich das Befinden des Kranken bessert. Auch Schüttelfröste und Erbrechen sind ungünstige, zur schnellen Operation mahnende Symptome. In der Frage der Leukocytenzählung verläßt sich T. auf die Lehre, daß die Zahl der polynukleären Leukocyten einen Maßstab für die Virulenz und Menge der Entzündungserreger, die Gesamtleukocytose ein Maß für die Widerstandsfähigkeit des Körpers bietet, also ihre Verhältniszahl ein Ausdruck der Schwere des Falles ist. Bei einem Abszeß soll nicht gewartet werden, bis Fluktuation eintritt. Differentialdiagnostische Irrtümer kamen vor mit: tuberkulöser Peritonitis, Pneumonie, Ruptur der Gallenblase, Typhus. — Verf. bekennt sich als Anhänger der Frühoperation; nur bei leichten Fällen begnügt er sich mit interner Behandlung; Abführmittel gibt er nur aunsahmsweise in den frühesten Stadien, Narkotika nur bei großen Schmerzen. Operationsmethode: Verf. macht einen Längsschnitt in der rechten Linea semilunaris oder inzidiert entsprechend der fühlbaren Resistenz. Glücklicherweise fürchtet man in Japan die Hernien nicht, da man dort ein bruchbandähnliches »Obi« trägt. Resultate: Von 19 wegen entzündlicher Verwachsungen Operierten starb einer unter zerebralen Erscheinungen; von 28 Pat. mit lokalisiertem Abszeß starben 2. Von 25 Fällen diffuser Peritonitis verliefen 14 tödlich (56%). Nachdem Verf. auf die Ausspülung der Bauchhöhle mit warmer Kochsalzlösung verzichtete und statt deren den Eiter austupfte, sank die Mortalität auf 42%.

H. Ebbinghaus (Altona).

---

2) **Miller.** Myiasis dermatosa due to the ox-warble flies. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 23. 1910.)

Ein 11 Jahre alter Knabe bemerkte eine etwas schmerzende Anschwellung unterhalb des Knies, die im Laufe von 2 Monaten am Bein herauf, über den Leib zur Achsel, auf den Kopf und zur Unterkinngegend wanderte. Als eine zweite derartige wandernde Anschwellung sich bildete, eröffnete er sie selbst und konnte eine sich lebhaft bewegende Fliegenlarve daraus hervorziehen.

Dann wurde die zuerst bemerkte Schwellung operativ eröffnet und ebenfalls eine Larve daraus entfernt, die als die Larve der Hypoderma lineata bestimmt wurde.

Diese Fliegenart sowie die Hypoderma bovis kommen beim Rindvieh sehr oft vor.

W. v. Brunn (Rostock).

---

3) **Sutton.** Sporotrichosis in America. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 26. 1910.)

Zwei charakteristische Fälle von Sporotrichosis der rechten Hand mit multiplen Abszessen des Armes. In dem einen Falle war der Zustand des Armes derartig geworden, daß man mehrmals ernstlich an Amputation dachte. Schließlich kam der Fall zur Heilung nach totaler Exstirpation aller Abszesse im Gesunden, und nun wurde auch die Natur des Leidens erkannt. Der zweite Fall heilte in kürzester Zeit unter Jodkaligaben.

Zum Vergleich mit diesen zwei gut illustrierten Fällen ist ein Fall von Syphilis des Armes abgebildet; die großen Unterschiede zwischen beiden Krankheitsfällen treten klar hervor.

W. v. Brunn (Rostock).

---

4) Wernicke. Über bösartige Geschwülste bei Hühnern. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 168.)

Beschreibung von sechs Geschwülsten, illustriert durch instruktive Bilder: Kleinzelliges Rundzellensarkom des Oberschenkels, wahrscheinlich ausgehend vom intramuskulären Bindegewebe oder der Fascie; zweimal ein verhornendes Rattenepithelkarzinom, ausgehend von der Haut des Beines, wahrscheinlich sekundäres, multiples Carcinoma simplex medullare der Leber, zahlreiche Geschwülste des Bauchfells (teils Carcinoma medullare, teils Adenokarzinom mit Übergängen zwischen beiden Typen), vielleicht ausgehend vom Eierstock und zweifelhafte Geschwulst des subkutanen Fettgewebes, die Ähnlichkeit mit infektiösem Granulom oder Sarkom hat.

Übertragungsversuche waren negativ. Verf. stellt im Anschluß an seine Beobachtungen die Literatur über den Gegenstand (auch Vogelgeschwülste im allgemeinen) kurz übersichtlich und kritisch zusammen.

Goebel (Breslau).

---

5) Kath. Freytag. Über das Mäusekarzinom. (Zeitschr. f. Krebsforschung Bd. X. p.155.)

Versuche mit einer höchst virulenten Geschwulst (Impfausbeute etwa 90%). Injektion von Serum von Kaninchen, die gegen die Mäusegeschwülste immunisiert waren und Injektion von Blut derselben Art und artfremdem Blut und Serum in die Geschwulst oder ihre Umgebung zeigte regressive Veränderungen, aber kein vollständiges Zurückgehen der Geschwülste. Dagegen vermehrten die Injektionen ohne Zweifel die Metastasenbildung (meist in den Lungen). Es wurde durch die Injektion der Blutbahn die Vernichtung von mehr Zellen und Zelltrümmern zugemutet, als sie zu leisten imstande war. Wiederimpfungsversuche bei Tieren, die mit virulentem Material einmal erfolglos vorgeimpft waren, zeigten eine außerordentlich hohe Mortalität, so daß also das Überstehen der Impfung die Widerstandskraft der Tiere nicht unerheblich geschwächt zu haben scheint.

Endlich richtete Verf. ihre Aufmerksamkeit auf die amyloide Organerkrankung der Tiere, die sich in der Tat bei 40 untersuchten geschlossenen, nicht ulzerierten Geschwülsten 33mal in der Milz, 26mal in der Leber, 11mal in der Niere fand. Auch bei 16 Tieren, die erfolglos geimpft und von denen 10 im Anschluß an eine zweite Impfung gestorben waren, fand sich 9mal die Milz, 5mal die Leber und 2mal die Niere amyloid entartet. Kontrolluntersuchungen bei 20 — jungen — Mäusen zeigten nur in der Leber häufig geringe Degeneration fettiger Art.

Goebel (Breslau).

---

6) M. Beck. Versuche über Mäusekrebs. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 150.)

Die Versuche (aus dem kaiserlichen Gesundheitsamt) zeigten in Übereinstimmung mit Jensen, daß eine größere Anzahl Mäuse eine gewisse natürliche Immunität besitzt. Eine künstliche Immunität konnte durch Injektion filtrierten Geschwulstmaterials (breiige Geschwulstmassen aus nicht aufgebrochenen Knoten wurden mit Kochsalzlösung im sterilen Mörser verrieben und durch Kieselgurfilter filtriert), ebensowenig, wie nach Wachstum eines intraperitonealen Geschwulstknotens bei sekundärer Subkutanimpfung hergestellt werden. Dagegen war sichere Immunität vorhanden nach spontaner Abheilung einer Geschwulst.

Therapeutisch versagten Arsen, Atoxyl, einige Atoxylpräparate, Chinin.

muriat., Radiogenschlamm. Günstiger wirkten Bakterienpräparate: Pyocyanase, das aber nicht, wie bei Rattengeschwülsten nach Uhlenhuth, Händel, Steffenhagen und Trommsdorff regelmäßig Immunität herbeiführte, ferner Extrakte aus Prodigiosuskulturen und solche aus Bouillonkulturen des Staphyl. pyog. aur. Die Wirkung der in die Geschwulst selbst injizierten Mittel war Erweichung des Inneren, Aufbruch, Entleerung einer weichen, breiigen, aus zerfallenen Zellen und Leukocyten bestehenden Masse, Narbenbildung. Unwirksam zeigten sich Tuberkulin, bakterienfreie, eingedickte einfache Bouillon, Peptonwasser, Adrenalin.

Goebel (Breslau).

---

7) J. Orth. Präkarzinomatöse Krankheiten und künstliche Krebse. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 42.)

Verf. zählt die einzelnen präkarzinomatösen Zustände auf: Narben auf der Haut, im Magen, schrumpfende Bindewebsbildungen in parenchymatösen Organen (Lebercirrhose), chronische Reizungen (Fremdkörper, kariöse Zähne usw.), chemische Einwirkungen (Betel, Ruß, Paraffin usw.), ferner Hypertrophien des Epithels (Kraurosis, Leukoplakie, Pachydermie usw.). Das, was feststeht, sind nach Verf. wesentlich zwei Tatsachen: 1) daß im allgemeinen ein gewisses Alter die Vorbedingung für eine Krebsbildung ist; 2) daß nahezu überall, wo Krebse entstehen, vorgängige Veränderungen an dem örtlichen Epithel nachzuweisen oder mit guten Gründen anzunehmen sind. O. ist durchaus der Meinung, daß man mit Verschiebungen und Veränderungen der Gewebsspannung und gegenseitiger Gewebseinwirkung auch bei der Erklärung der primären Krebsbildung rechnen muß. Deshalb wendet er sich auch scharf gegen die Ribbert'sche Theorie. Nicht das Studium der Transplantationskrebse, sondern nur die willkürliche Erzeugung von Primärkrebsen kann uns in der Erforschung der kausalen Genese des Krebses weiterbringen; sie ist also das Hauptproblem der zukuüftigen wissenschaftlichen Krebsforschung.

Goebel (Breslau).

---

8) D. v. Hansemann. Pathologische Anatomie und Diagnose des Krebses. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 34.)

Allgemeine Übersicht über moderne Nomenklatur und Systematik der Geschwülste, Begriff des Karzinom und Sarkom, Begriff der Gut- und Bösartigkeit, bei welch letzterer H. die Anaplasie in den Vordergrund stellt: »Die Zellen bösartiger Geschwülste zeigen eine geringere Differenzierung und eine größere selbständige Existenzfähigkeit als die Mutterzellen, von denen sie ihren Ausgang genommen haben.« Scharf wird die Grenze der histologischen Diagnose betont, die, da sie auf Differenzierung (i. e. Anaplasie) beruht, bei nicht weit genug vorgeschrittener Differenzierung und dann unmöglich ist, wenn die betreffende Zellart (des Muttergewebes) morphologisch nicht so weit ausgebildet ist, daß eine geringere Differenzierung morphologisch an ihnen sofort in die Erscheinung tritt. Daher die Schwierigkeit, ein zellreiches Fibrom von einem Fibrosarkom, eine gewöhnliche Granulationsgeschwulst, eine luetische Geschwulst von einem Sarkom, chronische Lymphdrüsenhyperplasien und leukämische Geschwülste vom Lymphosarkom histologisch abzutrennen. Unterstützt wird die Diagnose noch durch Erfahrungstatsachen, z. B. die Kenntnis, daß Myome des Magen-Darmkanals gewöhnlich bösartig, die des Uterus gutartig sind, daß Endotheliome der Haut, des Rachens, der Parotis selten, die der Muskelfascien und der Eierstöcke stets bösartig sind usw.

Weder die Menge der Kernteilungsfiguren beweist Bösartigkeit, noch patho-

logische Kernteilungsfiguren, höchstens die Häufigkeit der letzteren. Wichtig sind für Verf. die kollateralen Wucherungen in der Nähe der Geschwulst. Dieselben können aber auch bei Probeexzisionen zur Vortäuschung von Gutartigkeit Veranlassung geben, daher ist bei den Exzisionen weder zu weit nach der Peripherie noch dem Zentrum der Geschwulst (der degenerativen Prozesse halber) zu gehen. Goebel (Breslau).

---

9) Paul Cohnheim. Die Körperkonstitution beim Krebs der Verdauungsorgane. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 317.)

C. hat seit Jahren systematische Untersuchungen darüber angestellt, ob die Körperkonstitution Einfluß auf das Vorkommen von Karzinom (der Verdauungsorgane) hat. Er unterscheidet den Habitus enteroptoticus und den breiten Habitus, der einen Angulus costarum von über 90° hat. Mißt der Winkel 90°, so liegt ein mittlerer Habitus vor (cf. Stiller, Becher und Lennhoff). Der Krebs fand sich nun achtmal so häufig beim breiten Habitus, als beim schmalen, und zwar bei beiden Geschlechtern mit Habitus enteroptoticus ziemlich gleich selten. Bei Pat. im Krebsalter (40—60 Jahre) zeigt die Statistik die breiten Individuen relativ 2—3mal so häufig befallen, als die schmalen, ganz besonders häufig aber die sehr breiten; dagegen bleiben die sehr schmalen Individuen, die allerdings absolut in dem Alter sehr selten sind, ganz verschont.

Die Erklärung für diese auffallende Tatsache sieht C. darin, daß die oft übergesunden breiten Individuen ihrem Magen viel mehr zumuten, als die zu vorsichtiger Lebensweise gezwungenen Enteroptotiker. Ersterer Nahrung ist gröber und reichlicher, sie rauchen und trinken mehr, sind häufiger Traumen ausgesetzt. Diese Tatsache stützt demnach auch die Theorie vom mechanischen Ursprung des Karzinoms im Gegensatz zur parasitären.

Verf. macht darauf aufmerksam, daß schon Stiller erwähnt, daß die Asthenie zu manchen Krankheiten ein gewisses konträres oder ausschließendes Verhältnis aufweist. Er erinnert an den von Rokitansky geprägten Gegensatz von Tuberkulose und Karzinom. Habitus phthisicus und Habitus enteroptoticus sind eben identisch, »demnach sprang auch Rokitansky das seltene Vorkommen von Karzinom bei Enteroptotikern in die Augen«. Ebenso erinnert Verf. an den Ausspruch Beneke's, »daß die pathologische Rasse der Tuberkulösen und Krebskranken doch eine grundverschiedene ist«. Auf der anderen Seite fand Beneke bei Krebskranken ein kräftig entwickeltes Herz, ein weites arterielles System, ein kräftiges Muskel- und Knochensystem. Alle drei Forderungen erfüllt der breite Habitus.

Ähnliche Beobachtungen, wie C., machte endlich Rudolf Schmidt, der von einem dynamischen und adynamischen Typus spricht.

Goebel (Breslau).

---

10) A. Vecchi (Torino). Contributo allo studio del carcinoma a cellule basali. (Clin. chir. 1911. Nr. 1.)

Mitteilung des klinischen Verlaufes und des mikroskopischen Befundes von sechs Fällen von Basalzellenkrebs. Während die drei ersten knollig, zirkumskript, gestielt und von expansivem Wachstum waren, zeigten die übrigen eine flache, wenig die Haut überragende, infiltrative Form. Mikroskopisch erwiesen sich die drei ersten als deutlich abgegrenzt von der Epidermis einerseits und dem subkutanen Zellgewebe anderseits, beschränkten sich also auf das Corium. Die Haar-

bälge und Schweißdrüsen waren nicht ergriffen. Bei den drei letzten sind auch die umgebenden Gewebe ergriffen. Es war bei der Größe und der Ulzeration der Geschwülste nicht zu entscheiden, von welchem Gewebe aus sie ihren Ursprung genommen. Aber die Art der Ulzeration und der Umstand, daß sich die Geschwulst unter der Haut ausbreitete, spricht dafür, daß es sich um ein von den Basalzellen ausgehendes Gebilde handelte. Was die Genese dieser Neubildungen anbelangt, schließt sich Verf. Borrmann an, der sie auf Entwicklungsstörungen zurückführt. Zwei der Fälle entsprachen topographisch der queren, vier der schrägen Gesichtsspalte. Therapeutisch kommt nur die chirurgische Behandlung in Frage. Stocker jun. (Luzern).

---

11) H. Schöppler. Einmaliges Trauma und Karzinom. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 219.)

Eine 36jährige Frau zieht sich beim Herabfallen einer Stiege durch Stoß eine bläulich verfärbte, stark druckempfindliche Stelle an der linken Brust zu, die sich bei einer am Tage nach dem Unfall erfolgten Untersuchung etwas fester als das umliegende Gewebe anfühlt. Nach 8 Tagen war kein wesentlicher Druckschmerz mehr vorhanden und die Sugillation verschwunden. Etwa 50 Tage später konstatierte Verf., der auch die erste Untersuchung ausführte, an der durch Fall verletzten Stelle der linken Brust eine harte Anschwellung, die in den letzten Wochen, schmerzlos, von etwa Erbsen- zur jetzigen Haselnußgröße gewachsen sei. Die Geschwulst war derb, lag unter der Haut im Brustdrüsengewebe. Nach 30 Tagen hatte sie die Größe eines kleinen Apfels erreicht. Jetzt Ausschälung der Geschwulst, die anderweitig als intrakanalikuläres Sarkom erklärt wurde. Nach 2 Monaten war von Geschwulst nichts mehr zu sehen. Aber 14 Tage später, etwa 5 Monate nach dem Stoß, begann sich an zwei Stellen, nahe der Operationsnarbe, von neuem eine etwa haselnußgroße Schwellung im Drüsengewebe zu entwickeln, die schnell wuchs, so daß nach etwa 3 Wochen die ganze Brust von Geschwulstgewebe durchsetzt war. Jetzt Ablatio mammae. Im Drüsengewebe zwei kugelige, fast seine Gesamtmasse einnehmende, unregelmäßig unscharf begrenzte, glasige, prall-elastische Geschwulstmassen. Mikroskopisch: Carcinoma simplex.

Leider erörtert Verf. nicht die naheliegende Möglichkeit einer Mutationsgeschwulst. Goebel (Breslau).

---

12) Ivar Bagge. Eine kombinierte biologisch-radiologische Methode der Cancerbehandlung. (Zeitschr. f. Krebsforschung Bd. X. p. 251.)

Zur Sensibilisierung der Geschwulst bei Röntgen- und Radiumbestrahlung benutzt Verf. Arsenik, entweder innerlich in kleinen Dosen oder in Einspritzungen mit kakodylsaurem Natron, Jodkalium 0,3—3,0 pro die, Hetolinjektionen (1 mg subkutan), Antimeristem (zeigte eine gewisse, aber sehr unsichere Wirkung), Hochfrequenzströme, deren Voraufgehen die nachfolgende Röntgenbehandlung wirksamer macht, endlich Krebsseruminjektionen (0,1—1 ccm täglich). Röntgen und Radium wurde oft alternativ gegeben; in einem Falle nützte das eine mehr, im anderen das zweite Mittel. Diese kombinierte Methode, die er biologisch-radiologische Behandlung nennt, illustriert B. nun an 14 Fällen, die zum Teil vor, während und nach der Behandlung in Bildern wiedergegeben sind: mehrere Karzinome von Mamma, Nase, Unterlippe, Penis, Karzinome anderer Hautteile, Sarkom des Schenkels und Melanosarkom der Wange. Die Geschwülste hatten

zum Teil einer einfachen Röntgen- oder Radiumbehandlung widerstanden. Die Erfolge, die ja wohl meist noch nicht als Dauererfolge anzusehen sind, sind dennoch höchst erfreulich und ermuntern zur Nachahmung. Goebel (Breslau).

---

13) **Frank Godfrey.** Spontaneous cure of cancer. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 31.)

Kurzer Bericht über einen 54jährigen Mann mit Kachexie infolge einer großen ulzerierten Geschwulst der linken Gaumenmandel, der Zunge und der rechten Rachenmandel. Der Fall wurde mikroskopisch als Krebs erkannt und als inoperabel fortgeschickt. Nach $1^1/_2$ Jahren Wiedervorstellung in blühender Gesundheit ohne eine Spur von Geschwulst, die ganz allmählich ohne irgendwelche Behandlung außer desinfizierenden Mundspülungen verschwunden war.

Weber (Dresden).

---

14) **J. L. Blunch.** The treatment of three hundred naevi by freering. (Brit. med. journ. 1911. Februar 4.)

Verf. hat in 300 Fällen alle Arten von Naevi schnell und sicher mit Kohlensäureschnee entfernt. Nur die großen, flächenhaften »portweinfarbenen« Naevi des Gesichts wichen eher unter flüssiger Luft. Die kavernösen, geschwulstartigen Angiome, ferner die haarigen Pigmentflecke erfordern mehr als eine Sitzung, die übrigen schwinden meist unter einer einmaligen Anwendung.

Weber (Dresden).

---

15) **G. Scaduto (Palermo).** Dermatomioma della faccia guarita coi raggi X. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 6. 1911.)

Bei einem 51jährigen Manne bestanden seit 8 Jahren kleine Geschwülste in der Haut der Wange und des Halses, die um die Haarbälge lokalisiert waren und heftige lanzinierende Schmerzen machten. Die histologische Untersuchung ergab ein Leiomyom. Durch energische Röntgenbestrahlung wurde Heilung erzielt.

M. Strauss (Nürnberg).

---

16) **Albert Churchword.** Treatment of ulcer rodent by calcio-phosphate of uranium. (Lancet 1911. März 11.)

Verf. konstatierte beim Experimentieren mit obengenanntem Salz dessen erhebliche Radioaktivität, nachdem ihm die mineralogische Analyse des Stoffes durch den Mineralienkonservator des britischen Naturhistorischen Kensington-Museums Prior gemacht worden war.

Er lobt die vorzügliche Wirkung des Salzes bei Ulcus rodens, wennschon er es erst in drei Fällen anzuwenden Gelegenheit hatte; daneben besteht eine außerordentliche Billigkeit des Preises gegenüber dem Radiumbromid. Die Anwendung geschah täglich 3 und mehr Stunden, während welcher das Salz in etwas Lint geschüttet auf die Geschwüre gelegt wurde.

Notwendig ist bei der Unbeständigkeit der Radioaktivität des Salzes, dasselbe vor der Benutzung mit Hilfe einer gewöhnlichen photographischen Platte zu prüfen.

Verf. gibt in seiner Arbeit einige Abbildungen wieder, die die Lichtemanationen, die für die Therapie benötigt werden, dartun. Eine derselben zeigt die außerordentliche Wirksamkeit der Emanationsstrahlen, indem auf der photo-

graphischen Platte nach 6 Stunden Belichtung die Umrisse einer Münze durch ein $^1/_2$ Zoll dickes Brett sichtbar werden.

Einzelheiten der interessanten Mitteilung sind von Interessenten im Original nachzulesen. H. Ebbinghaus (Altena).

---

17) **H. Simon. Sarkomentwicklung auf einer Narbe.** (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 210.)

Bei einem 66jährigen, seit 50 Jahren an den Folgezuständen einer akuten Osteomyelitis der Tibia (Abszeßbildung, Sequestierung, fistulöse Eiterung) leidenden Manne zeigte sich in der Knochenhöhle ein polymorphzelliges Sarkom (neben typischen Spindelzellen Zellen mit großem bläschenförmigem Kern und starkem Chromatingehalt, auch Riesenzellen, Gefäße mit und ohne nachweisbares Endothel). Die Geschwulst war von der Narbe, die die Knochenhöhle auskleidet, ausgegangen. Im mikroskopischen Bild fand Verf. deutlich den Übergang der durch Zellarmut und ausgedehnteste Intercellularsubstanz hinreichend als Narbe gekennzeichneten Partien in die Geschwulst mit ihrem ungeheueren Zellreichtum und ihrer sehr spärlichen Intercellularsubstanz. Goebel (Breslau).

---

18) **L. Bériel. A propos de la classification de certaines tumeurs malignes: les lipomes malins.** (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 537.)

Einer Person von 51 Jahren war eine Geschwulst am Oberschenkel entfernt worden, die nur langsam größer geworden war; einige Monate später Metastasen in der Nierengegend und in den Lymphdrüsen der Lendengegend. Die primäre Geschwulst war mikroskopisch ein gewöhnliches Lipom, die sekundären Knoten müßte man nach dem histologischen Bilde und nach der bisherigen Terminologie als Lipomyxosarkome bezeichnen. Man müßte also annehmen, daß das primäre Lipom sarkomatös entartete und entsprechende Metastasen machte. B. wendet sich nun in längeren Ausführungen dagegen, daß man in solchen Fällen von Sarkomen usw. spricht und dadurch Zusammengehöriges trennt. Er schlägt speziell für Fettgeschwülste wie im vorliegenden Falle den Namen: »malignes Lipom« vor.

Zwei Figuren im Text. Boerner (Erfurt).

---

19) **Ralph Stockman. The clinical symptoms and treatment of chronic subcutaneous fibrosis.** (Brit. med. journ. 1911. Febr. 18.)

Die Dercum'sche Krankheit oder Adipositas dolorosa ist keine Krankheit an sich, sondern entspricht der von S. schon seit vielen Jahren oft beobachteten chronischen subkutanen Fibrosis oder Pannikulitis. Tritt diese bei fetten Menschen auf, so haben wir das Bild der Adipositas dolorosa. An sich gehört die übermäßige Fettanhäufung durchaus nicht zum Krankheitsbild. Die Pannikulitis besteht in einer chronischen Entzündung des Unterhautzellgewebes, die fleckweise auftritt und durch Übergreifen auf Nerven und Gefäße sehr schmerzhaft werden kann. Hervorgerufen wird sie wahrscheinlich durch akute oder chronische Infektionen irgendwelcher Art. S. glaubt an eine Toxinwirkung. Das Fettgewebe hat die Neigung, sich um diese Entzündungsherde in Klumpen und Ballen anzuhäufen. Die Krankheit ist sehr häufig, wird aber meist verwechselt, und zwar oft mit Neurasthenie, weil die Kranken anscheinend ohne ersichtliche Ursache über alle möglichen nervösen Erscheinungen klagen, wie Schmerzen, Ziehen, Steifigkeit, Neuralgien, taubes Gefühl, Kriebeln, Kälte, Schlaffheit, Verlust an Energie. Bei mageren Menschen besteht die Behandung in Massage, Körperübungen, Leben

im Freien; bei fetten Menschen muß eine ergiebige Entfettung vorausgehen, da man sonst mit der Massage nichts ausrichtet. Weber (Dresden).

---

20) Stursberg. Über das Verhalten des Blutdrucks unter der Einwirkung von Temperaturreizen in Äther- und Chloroformnarkose und seine Bedeutung für die Entstehung der Nachkrankheiten. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

Bei Kälteeinwirkung auf die Haut findet eine Zusammenziehung der peripheren Arterien und dadurch eine Steigerung des Blutdrucks und vermehrte Durchblutung innerer Organe statt. Dieser Ablauf der Gefäßreflexe spielt sicher bei Entstehung der Erkältungskrankheiten eine wichtige Rolle. S. stellte nun an Hunden in Äther- und Chloroformnarkose Untersuchungen an, wie bei Kälteeinwirkung — Tauchen in kaltes Bad — die Tiere sich verhielten, und fand, daß bei Äthernarkose dieser Gefäßreflex sich wie beim nicht narkotisierten Tier abspielte, während in Chloroformnarkose bei Abkühlung der Haut keine ausgiebige Gefäßzusammenziehung, keine Hyperämisierung innerer Organe erfolgt. Die Äthernarkose gibt also gewisse Bedingungen für Erkältungsnachkrankheiten, die bei Chloroformnarkose in Wegfall kommen. Es muß also bei Äthernarkose zur Vermeidung von Nachkrankheiten jede Abkühlung der Haut mit besonderer Sorgfalt vermieden werden. Haeckel (Stettin).

---

21) Gwathmey. Vapor anesthesia apparatus. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 25. 1910.)

G. hat einen einfachen Narkoseapparat konstruiert, der aus drei Flaschen mit einem gemeinsamen Verschlußstopfen besteht. Die eine Flasche enthält Äther, die zweite Chloroform, in der dritten wird Wasserdampf erzeugt; durch einfache Drehung des Stopfens kann eins der Narkotika oder können beide zugleich verabreicht werden. Durch Beimischung von Bergamottöl oder Terpentinöl nimmt G. dem Narkotikum seinen spezifischen Geruch und meint damit dem zu Operierenden und dem Operateur mit seinen Gehilfen eine Annehmlichkeit zu verschaffen.

Die Narkosemaske ist mit Gummi derart überdeckt, daß Abkühlung des Narkotikums vermieden wird.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

22) Haggard. Nitrous oxid and oxygen anesthesia. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 26. 1910.)

Empfehlung des Stickoxyds zur Allgemeinnarkose, besonders wenn es so angewendet wird, daß man zwischendurch nach Belieben Sauerstoff verabreichen kann. Das wird am bequemsten mit dem Apparat von Gatch ermöglicht. Im Johns Hopkins Hospital ist diese Narkose in letzter Zeit in über 1000 Fällen regelmäßig mit dem besten Erfolg angewandt worden. Die Narkosestunde kostet, wenn man den Gatch'schen Apparat benutzt, 4—5 Mark, bei Verwendung eines der bisher gebräuchlichen Apparate aber das Fünffache.

W. v. Brunn (Rostock).

---

23) **Wood. The comporative danger of ethyl chlorid as an anesthetic.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 26. 1910.)

Verf. macht auf die ungemein häufige Anwendung des Chloräthyls zur Allgemeinnarkose in Amerika aufmerksam, besonders von seiten der Zahnärzte. Die Chloräthylnarkose sei nachgewiesenermaßen etwa 200mal gefährlicher als die Stickoxydulnarkose und werde oft von Leuten angewandt, die darin viel zu wenig Erfahrung besäßen. W. v. Brunn (Rostock).

24) **G. Solaro (Milano). Contributo clinico alla anestesia lombare.** (Clin. chirurg. 1911. Nr. 1.)

Nachdem die verschiedenen Methoden der Lumbalanästhesie sich nicht derart bewährt hatten, wie man wünschen mußte, wurden bei 1800 Fällen folgende Injektionen gemacht: 1) Stovain 0,08, Aq. dest. steril. 2,0 und 2) Novokain 0,04, Strychnin 0,002, Aq. dest. ster. 2,0. Von der ersten Lösung wurden bei sitzender Stellung des Pat. nach den üblichen Vorbereitungen 1 ccm und ebensoviel der zweiten injiziert. Wenn mehr Spinalflüssigkeit herausgelassen und Pat. bald nach der Injektion in Beckenhochlagerung gebracht wurde, konnte eine Anästhesie bis zur Mammilla erreicht werden. Die Lumbalanästhesie wurde nur für Operationen unterhalb des Zwerchfells benutzt. In 98% der Fälle wurde vollständige Gefühllosigkeit erzielt. Sie dauerte 25 Minuten bis 1 Stunde. Oft beobachtete man bei bestehender Gefühllosigkeit für Schmerzen eine noch bestehende Tastempfindung. Auch Muskellähmungen waren im Gebiete der Anästhesie die Regel, ein großer Vorteil für Laparotomien. Hier und da traten Atemnot, Übelkeit und Blässe auf, die durch Reiben des Gesichts gehoben werden konnten. Bei einer schweren Lebercirrhose mit Ascites trat Kollaps und Tod ein. Der Blutdruck wird durch das beigefügte Strychnin auf dem normalen Niveau erhalten. Der Kopf wird auch bei Beckenhochlagerung etwas gehoben. 5 von Hundert hatten Kopfweh. Im August 1909 wurden etwa 20mal starkes Kopfweh, Nackensteifigkeit und Fieber (39°) beobachtet, was vom Verf. auf Veränderungen des Anästhetikums in der heißen Jahreszeit zurückgeführt wird. Bei Gebrauch von ganz frisch zubereiteten Lösungen wurde ähnliches nicht mehr beobachtet. Das Kopfweh dauerte 1—3 Tage und war durch Pyramidon zu beeinflussen. Während 2—4 Tagen traten Temperatursteigerungen bis 39° auf. Nie sah man Erbrechen. In 5% mußte während 1—2 Tagen katheterisiert werden, bei zwei älteren, geschwächten Kranken aber 2 bzw. 3 Wochen lang. In einzelnen Fällen traten am Damm und an den unteren Extremitäten Parästhesien auf. Zwei Pat. zeigten einige Tage Ödeme an den unteren Extremitäten, bei einem 15jährigen Knaben beobachtete man über 10 Tage lang eine Parese der Muskeln der Vorderseite des Beines. Bei gesunden Leuten war im Urin nie eine Veränderung, bei vorher schon Nierenkranken wurde eine vorübergehende Vermehrung des Albumens konstatiert.

Stocker jun. (Luzern).

25) **Violet et Fisher. Etude sur la rachistovainisation en gynécologie.** (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 421.)

Die Arbeit stammt aus der Klinik Pollosson's, der die Rückenmarksanästhesie seit November 1909 anwendet und jetzt über 270 eigene Beobachtungen verfügt; auf Grund dieses Materials und von 30 000 Fällen in der Literatur bringen die Verff. die vorliegende Studie.

Zurzeit habe die Rückenmarksanästhesie nur wenig Anhänger, und besonders in Deutschland gingen die Chirurgen immer mehr zur Lokalanästhesie über, während die Gynäkologen die Rückenmarksanästhesie reichlich anwendeten. Polosson gebraucht nur Stovain, dessen chemische und physiologische Eigenschaften besprochen werden. Es ist in wäßriger Lösung durch Hitze (aber nicht über 115° C) sterilisierbar, an anästhetischer Kraft dem Kokain gleich und dabei weniger toxisch als dieses. Wichtig besonders für gynäkologische Operationen ist, daß nach einer gewissen Zeit, welche von der Dosis abhängt, die Beckenhochlagerung keine Gefahren mehr hat, weil das Stovain bereits fixiert ist. Sehr gefährlich ist dagegen die steile Hochlagerung in der Zeit bald nach der Injektion, im Stadium der Diffusion, also bei der gewöhnlichen Dosis von 6—7 cg innerhalb der ersten 25—30 Minuten.

Polloson genügen bei mäßiger Hochlagerung 5—6 cg Stovain — er benutzt eine 10%ige Lösung — für eine Laparotomie von 40 Minuten Dauer.

Das Instrumentarium bietet nichts Besonderes. Die Injektion wird im Sitzen gemacht, die Desinfektion der Haut des Pat. geschieht durch Seife—Alkohol—Äther; der Einstich wird zwischen dem III. und IV. Lendenwirbel genau in der Mitte ohne Lokalanästhesie gemacht; statt letzterer wird vorher Skopolamin und Morphium gegeben. Die Injektion gelang Pollosson nur einmal nicht bei einer starken Skoliose. Er injiziert nur, wenn die Lumbalflüssigkeit im Strahl spritzt oder wenigstens schnell abtropft; nachdem 2—5 ccm abgelaufen sind, saugt er mit der Spritze an, läßt sich die Lumbalflüssigkeit mit der Stovainlösung mischen und injiziert dann. Die Pat. kommt dann in horizontale oder leichte Trendelenburg'sche Lage; in 5—7 Minuten völlige Anästhesie.

Unter den 270 Fällen Pollosson's befinden sich 212 Laparotomien (61 Hysterektomien wegen Myom, 41 Operationen nach Wertheim, 30 Kastrationen wegen Adnexerkrankungen, 25 Ovariotomien, 29 konservative Adnexoperationen usw.). Die 54 extraperitonealen Operationen betreffen Hernien, Nephropexien usw.

Pollosson hatte zwei Todesfälle infolge zu früher steiler Beckenhochlagerung. Eine Lähmung wurde nicht beobachtet. 6% Versager kamen vor, in 6—7% der Fälle hielt die Anästhesie bei Operationen von 1—1¹/₄ Stunden Dauer nicht lange genug an.

An diese Besprechung des eigenen Materials schließt sich eine solche der etwa 30 000 in der Literatur gefundenen Fälle mit kurzer Angabe der Zahl der Fälle, der Todesfälle, der Zufälle und Versager. Es wird hier nochmals die Gefährlichkeit einer sofortigen und schnellen Beckenhochlagerung hervorgehoben. Die Mehrzahl der Autoren will bei vorher gesunden Menschen Albumen und Zylinder im Urin beobachtet haben; Verff. halten diese Tatsache für nicht sichergestellt. Die Lähmungen nach Rückenmarksanästhesie teilt man am besten in 1) Augen- und Gesichtsmuskellähmungen, die stets temporär sind, und 2) Lähmungen der Beine und der Sphinkteren, die zwar auch meist temporär sind, aber auch durch Infektion der Blase und des Nierenbeckens zum Tode führen können. Die Lumbalanästhesie kann niemals die Allgemeinnarkose verdrängen, sondern hat ihre besondere Indikation. Sie ist beschränkt auf die Gegend unterhalb des Nabels. Bei Kindern unter 8 Jahren ist sie noch nicht angewendet worden, alte Leute vertragen sie sehr gut. Kontraindiziert ist sie bei Darminkarzeration, bei Septhämie, bei beginnender Tuberkulose, bei allen mit Dyspnoe einhergehenden Erkrankungen, bei Schwangerschaft, wenn Abort droht usw. Als Vorteil der Rückenmarksanästhesie wird hervorgehoben: Fehlen des Operationsshocks, völlige Entspannung der Muskulatur usw. Gibt man vorher Skopolamin und Morphium, so ist auch

das klare Bewußtsein aufgehoben. Ein Nachteil sind die Fälle von Mißlingen der Anästhesie, deren Zahl in der Literatur um 3—4% bis 15% angegeben wird.

Boerner (Erfurt).

---

26) **Merkel. Das Klinoskop, ein neues Universaluntersuchungsgerät.** (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

M. berichtet über ein neues Klinoskop, welches von den Veifawerken hergestellt wird. Es eignet sich für alle röntgenologischen Arbeiten und ersetzt viele Apparate, die sonst im Röntgeninstitut nötig sind, kann bequem aus der senkrechten Stellung in die Horizontale gebracht werden. Die genaue Zentrierung wird stets von der Maschine selbst besorgt. Gaugele (Zwickau).

---

27) **Kienböck. Über Blitzfiguren auf Röntgenplatten.** (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

Die Blitzfiguren sind nicht Plattenfehler; auch sind die Blitzfiguren nicht durch Funken entstanden, die den Körperteil des Untersuchungsobjektes passiert haben; vielmehr hat die Kompressionsblende von der Röhre und ihren Leitungsdrähten durch Influenz eine elektrische Ladung erhalten, und die Ladung der eisernen Grundplatten hat durch Influenz eine Ladung der photographischen Platte erzeugt. Die feingezeichneten Lichtenberg'schen Figuren sind das Bild von Büschelentladungen, die von der Grundplatte durch die Papierporen zur photographischen Platte gelangt und entlang der sensiblen Schicht verlaufen sind; die verschwommenen Figuren stammen von Entladungen der Grundplatte, die nach Passieren der Papierporen ihren Weg entlang der Glasseite der photographischen Platte genommen haben. Die Palmenblattfiguren dürften von entgegengesetzt gerichteten und mit negativem Vorzeichen versehenen Entladungen der photographischen Schicht stammen, die zur eisernen Grundplatte zu gelangen suchten. Würde der Fall eintreten, daß ein Kranker auf Blitzfiguren hin, die er auf seiner Röntgenaufnahme findet, den Arzt wegen körperlicher Beschädigung verklagt, so müßte nach Untersuchungen des Verf.s die Klage vom Gericht als ungerechtfertigt zurückgewiesen werden.

Ref. findet die Erklärung des Verf.s vor allem deswegen plausibel, weil er selbst nie Blitzfiguren beobachtet hat; bei dem Ref. ist eine Entladung von der Röntgenröhre ausgehend, überspringend auf den Mast, nicht möglich, da er eine andere Anordnung und Einrichtung besitzt. Gaugele (Zwickau).

---

28) **Christen. Einige Anwendungen der Absorptionsgesetze auf die Röntgentherapie.** (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

Verf. kommt nach ausführlichen theoretischen Erwägungen zu folgenden Schlußsätzen:

»1) Die Anwendung meiner Absorptionsformeln auf die Therapie erfährt keine Einschränkung durch die Wirkung der Sekundärstrahlen, wie dies bei der Photographie der Fall ist, weil im allgemeinen die in einem Medium entstehenden Sekundärstrahlen für eben dieses Medium eine besonders große Durchdringungsfähigkeit haben, d. h. in demselben fast gar nicht absorbiert werden und deshalb auch keine merkliche physiologische Wirkung entfalten.

2) Der Dichtigkeitsunterschied verschiedener Gewebe beeinflußt die »rohe Dosis« und deshalb die »wirksame Dosis«. Die von Frank Schultz bestimmten

spez. Gewichte liegen aber so nahe beieinander, daß dadurch die rohe Dosis um höchstens 6% ihres Wertes beeinflußt werden kann. Dieser geringe Betrag steht in einem so auffälligen Mißverhältnis zu den außerordentlich großen Unterschieden in der Röntgenempfindlichkeit verschiedener physiologischer und pathologischer Gewebe, daß der von Schultz beobachtete Parallelismus zwischen spezifischem Gewicht und Röntgenempfindlichkeit vernünftigerweise kaum als eine Kausalität gedeutet werden kann.

3) Das Verhältnis zwischen Hautdosis und Tiefendosis, soweit man darunter die »wirksamen Dosen« versteht, kann am ergiebigsten verkleinert werden dadurch, daß man einen Einfluß auf die Sensibilitätskoeffizienten zu gewinnen sucht.

4) Bis jetzt kennen wir nur eine praktisch verwertbare Methode zur Beeinflussung der Röntgenempfindlichkeit, die Schmidt'sche Anämisierung der Haut durch Kompression.

5) Dabei ist von ausschlaggebender Bedeutung, daß der angewandte Druck nicht größer sei, als gerade nötig ist, um die Haut noch mit Sicherheit zu desensibilisieren, weil bei höherem Druck auch das in der Tiefe gelegene Gewebe dessensibililisiert würde.

6) Ein zu therapeutischen Zwecken dienendes Kompressionsinstrument muß daher einen Druck gewährleisten, welcher auf der ganzen bestrahlten Fläche gleich groß und während der ganzen Bestrahlung konstant und genau meßbar ist.

7) Diese Bedingungen erfüllt das neue Kompressorium der Reiniger, Gebbert & Schall A.-G., welches außerdem für Kompression zu photographischen Zwecken verwendet werden kann.

Was diesen Apparat anbelangt, so besteht dieser aus einem sehr dünnen, mit starker Seide überspannten Gummiball, der auf die bestrahlte Fläche aufgebunden wird. Ein kommunizierender Reserveballon hat den Zweck, Druckschwankungen, die schon durch die Atmung entstehen können, auf das Minimum zu reduzieren. Beide Ballons sind durch einen langen Schlauch mit einem Manometer verbunden; ein Ablaßhahn sorgt für Verringerung oder Aufhebung des Druckes, eine Luft pumpe zur Herstellung des gewollten Druckes. Gaugele (Zwickau).

---

29) **Mauclaire** (Paris). Essais de drainage de l'ascite dans le tissu cellulaire sous-cutané. (Arch. génér. de chir. V. 1. 1911.)

Bericht über sechs Fälle von Ascites, bei denen M. versuchte, die Flüssigkeit durch Drainage aus der Bauchhöhle in das Unterhautzellgewebe zu entfernen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle durch einen Längsschnitt am Außenrande des Rectus wurde der vertikale Schenkel eines T-Rohres in das Becken gelegt, während der horizontale Schenkel auf der vernähten Muskel- und Fascienwand in das Unterhautzellgewebe der Bauchhaut zu liegen kam. Die Haut wurde völlig vernäht.

Nur in einem Falle (Ascites tuberculosus) kam es zur Heilung, in den anderen Fällen trat meist nach wenigen Tagen bereits bei den schwer kranken Pat. der Tod ein.

M. schildert weiter die analogen Versuche von Jaboulay und Lambotte, sowie die crurale Drainage und die Lymphangioplastik von Handley und endlich die Methode von Peterson (subkutane Glasröhrendrainage).

M. führt den bald eingetretenen Tod seiner Pat. auf die Möglichkeit einer

toxischen Wirkung des Ascitesserums zurück und betont, daß zunächst noch Forschungen über die Toxizität des Ascitesserums nötig sind.

M. Strauss (Nürnberg).

---

30) Harte und Hofmeier. Zur Methodik der Köliotomie. (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXVII. Hft. 2.)

Auf Grund einer großen Reihe von Nachuntersuchungen — 636 Pat. — sprechen Verff. dem Längsschnitt in der Linea alba bei Laparotomien im Gegensatz zum Pfannenstiel'schen Fascienquerschnitt warm das Wort. Als Zeit für die Nachuntersuchung wurde ein Zeitraum von 2 Jahren nach der Operation angenommen. Als Nahtmaterial diente fast ausschließlich Catgut, nur zu den Entspannungsnähten wurden Silberdrähte oder Aluminiumbronzedrähte verwendet. Die Naht erfolgte meist in fünf Schichten: Bauchfell, Muskulatur, Fascien, Fettgewebe und Haut. Der Erfolg dieser Behandlungsmethode war, daß von 636 Pat. nur 16, das sind 2,5% teils größere, teils kleinere Narbenhernien bekamen, während in 2 weiteren Fällen geringfügige Diastase der Fascie festgestellt wurde. 8mal war bei diesen 16 Rezidiven die Wunde nicht per primam geheilt, 2mal handelte es sich um Bauchfelltuberkulose, in 2 weiteren Fällen um die Operation größerer Bauchnarbenbrüche. Es bleiben dann noch 4 Fälle, bei denen die Heilung der Bauchwunde per primam erfolgte und doch später eine Hernie sich bildete, ohne daß Verff. einen Grund dafür angeben können, ein Resultat, das keine Veranlassung gegeben hat, den Fascienquerschnitt wieder anzuwenden, bei dem vereinzelte Hernien ebenfalls vorkommen.

Als Vorzüge des Fascienquerschnitts gegenüber dem Längsschnitt werden gewöhnlich angeführt: 1) Kosmetische Gründe, 2) der bessere Schutz der Bauchhöhle, 3) die Möglichkeit, die Köliotomierten früh aufstehen lassen zu können, 4) die Vermeidung von späteren Bauchbrüchen. Kosmetische Gründe können nach Hofmeier nur so lange in Betracht kommen, als es möglich ist, den Schnitt an die Grenze oder in den Bereich der Schamhaare zu legen. Einen besseren Schutz der Bauchhöhle läßt Verf. ebenfalls nicht gelten, über das Frühaufstehen Laparotomierter fehlen ihm die Erfahrungen. Auch der vierte Einwand ist auf Grund der Untersuchungen Harte's nicht stichhaltig. Es ist somit eine Überlegenheit des Fascienquerschnittes über den Längsschnitt gerade in dem Hauptpunkt, der Vermeidung von Bauchbrüchen, abgesehen von den anderen, nicht anzuerkennen, geschweige denn, daß er auch ausgesprochene Nachteile hat: Die unzweifelhaft schwierigere Technik, die komplizierteren Wundverhältnisse, die Schwierigkeiten einer Drainage in geeigneten Fällen, die Unmöglichkeit, den Schnitt gegebenenfalls beliebig verlängern zu können.

C. Koch (Greifswald).

---

31) Rosenbach. Über primären Gallertkrebs des Bauchfells. (Zeitschrift für Krebsforschung Bd. X. p. 205.)

65jähriger Mann mit Übersäung des gesamten Peritoneum parietale und viscerale von cystischen, gallertigen Inhalt aufweisenden, erbsen- bis walnußgroßen Geschwülsten. Mikroskopisch: einfaches oder mehrschichtiges Zylinderepithel, das häufig Schleimpfropfen enthielt. Alle Organe sonst gesund. Vielleicht sind fötal abgeschnürte Partien des Darmkanals (Birch-Hirschfeld) der Ausgangspunkt, so daß also Verwandtschaft mit Enterokystomen bestände. Jedenfalls glaubt Verf. Pseudomyxoma peritonei ausschließen zu können.

Goebel (Breslau).

---

32) Alwens. Ein Beitrag zur Röntgendiagnostik subphrenischer Prozesse. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 3.)

Bei einem 29jährigen Mann, der außer zeitweiligen Magenbeschwerden gesund war, trat 3 Wochen vor der Aufnahme eine akute Erkrankung mit Schmerzen in der Oberbauchgegend ein, die bald mit Fieber und ernsteren allgemeinen Erscheinungen verbunden war. Bei der Aufnahme war Pat. ziemlich kollabiert. Vermittels des Röntgenbildes wurde folgende Diagnose gestellt: Pyopneumothorax subphrenicus dexter perforiert in die rechte Lunge. Gangrän der rechten Lunge, linkseitige Pleura-und Perikardadhäsionen, perforiertes Magen- oder Duodenalgeschwür. Die Diagnose wurde sowohl durch die Operation als durch die Sektion bestätigt. Das Röntgenbild ließ eine Verdichtung der unteren rechten Lunge erkennen, das linke Zwerchfell stand tief, das rechte hoch, offenbar adhärent. Die Leber wird nach oben mit einem tiefschwarzen Schatten abgeschnitten. Beim Schütteln des Pat. im Sitzen sieht man deutliche Wellenbewegungen der oberen Linie. Erst durch die Röntgenuntersuchung war die Diagnose möglich geworden.

Gaugele (Zwickau).

---

33) Aschner und von Graff. Klinische und experimentelle Beiträge zur Vorbehandlung von Laparotomien mit subkutaner Injektion von Nukleinsäure. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

Das Vorgehen Mikulicz's, durch Injektion von Nukleinsäure zur Erzeugung von Hyperleukocytose prophylaktisch gegen das Eintreten von Peritonitis bei Laparotomien vorzugehen, hat bisher wenig Nachfolger gefunden. Verff. geben nun aus der v. Eiselsberg'schen Klinik umfassende Versuche in besagter Richtung; Mai 1904 bis Ende April 1909 wurden 1056 Laparotomien mit Nukleinsäure vorbehandelt; die Injektion wurde stets 10—15 Stunden vor der Operation unter die Brusthaut gemacht. Zur Kontrolle dienten 838 Laparotomien aus den Jahren 1901—1904, bei denen keine Nukleinsäure vorher eingespritzt wurde.

Bei Probelaparotomien, Radikaloperation von Nabel- und Bauchwandhernien, bei der Anlegung von Intestinalfisteln sowie bei Appendektomien ist die Nukleinprophylaxe ohne merklichen Einfluß auf die operative Mortalität gewesen und deshalb zwecklos.

Dagegen wurde bei Gastroenterostomien die Mortalität von 16% in der Nukleinzeit auf 2% heruntergedrückt. Allein die Verff. zeigen, daß das nicht auf Rechnung der Nukleinbehandlung zu setzen, vielmehr zu erklären sei durch Verbesserung der Technik (u. a. Nichtanwendung des früher gebrauchten Murphyknopfes), Verbesserung der Narkosentechnik durch Skopolamin-Morphium oder Lokalanästhesie, strengere Indikationsstellung. Ähnlich liegt die Sache bei Magen- und Darmresektionen, Gallenblasenoperationen, Mastdarmexstirpationen usw. Die Besserungen in der Mortalität waren nicht durch die Nukleinvorbehandlung, sondern durch Verbesserung der Operationstechnik, Narkose usw. zu erklären.

Daß diese Erklärung zu Recht besteht, wird aufs schlagendste bewiesen dadurch, daß nach der Nukleinzeit 270 Laparotomien ohne Nukleinvorbehandlung ausgeführt wurden, also unter derselben Vervollkommnung der Technik wie die Nukleinfälle. Bei diesen ergab sich keinerlei Vergrößerung der Mortalität gegenüber den Nukleinfällen, die notwendig hätte eintreten müssen, wenn die Nuklein-

behandlung einen Einfluß auf die Mortalität gehabt hätte. Die Nukleinsäureinjektionen vor Laparotomien sind also wertlos.

A. reiht diesen klinischen Ergebnissen die Resultate einer großen Zahl von Tierexperimenten an. Kaninchen wurde die Bauchhöhle mit Kot infiziert; einem Teil von ihnen war vorher subkutan Nukleinsäure injiziert, einem anderen Teil nicht. Die Resistenz gegen peritoneale Infektion wurde durch die Nukleininjektionen etwas erhöht, aber im Gegensatz zur intraperitonealen Vorbehandlung mit Nukleinsäure in so geringem Grade, daß das praktisch belanglos ist.

Haeckel (Stettin).

---

34) **P. Vignard et L. Arnaud. L'injection intrapéritonéale d'huile camphrée dans le traitement des péritonites diffuses aiguës.** (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 543 u. 1911. Bd. V. p. 45.)

Anknüpfend an die Untersuchungen Glimm's über Bauchfellresorption (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906, ref. dieses Blatt 1906, Nr. 46) und unter Berücksichtigung besonders der deutschen einschlägigen Arbeiten besprechen die Verff. die Wirkungsweise der intraperitonealen Anwendung von Kampferöl bei akuter Peritonitis und berichten über vier Fälle der eigenen Praxis und über einen Fall von Leriche; von den fünf Pat. ist nur einer gestorben. Bei den eigenen vier Fällen gebrauchten die Verff. zweimal 1%iges und ebenso oft 10%iges Kampferöl, von letzterem natürlich entsprechend kleinere Quantitäten. Das Öl muß mindestens 1 Stunde gekocht haben, um sicher steril zu sein. Bei einem erwachsenen Manne kann man bis 300 g der 1%igen Lösung anwenden; Fettembolien sind bisher nicht beobachtet. Damit das Öl nicht wieder herausfließt, ist die Wunde bis auf Drainstellen zu schließen.

Neben der Verlegung der Lymphwege und der dadurch bedingten Resorptionsbehinderung sehen Verff. einen großen Vorteil der Methode in der Verhinderung von Verwachsungen.

Boerner (Erfurt).

---

35) **W. G. Spencer. Absence of the Fallopian tubes and of menstruation, associated with recurrent peritonitis.** (Brit. med. journ. 1911. Januar 28.)

Verf. hat zwei Fälle mit Erfolg operiert, in denen die Tuben fehlten oder stark verkümmert waren und anstatt der Menstruation Anfälle von starken peritonitischen Beschwerden auftraten mit Schmerzen, Erbrechen, Schweißausbruch und Kopfschmerzen. Im zweiten Falle fand S. einen normalen Uterus mit normalen Tubenansätzen, aber 1—2 cm von der Tubenecke entfernt endigten die Tuben mit einem konischen Verschluß. Beide Eierstöcke saßen im Douglas in Verwachsungen eingebettet fest und erwiesen sich nach der Lösung als von ziemlicher Größe und ohne Zeichen eines Corpus luteum und ohne alte Blutgerinnsel. S. legte eine Verbindung an zwischen Uterushöhle und Ovarien und hüllte das Ganze mit Netz ein. Der Erfolg war, daß die alle 4 Wochen auftretenden peritonitischen Anfälle völlig ausblieben.

Weber (Dresden).

---

36) **F. Brüning (Rostock). Die traumatische Blinddarmentzündung.** (Samml. klin. Vortr. Nr. 609/610.)

B. läßt den Begriff der traumatischen Appendicitis für alle die Fälle gelten, in denen ein Mensch nach einem einmaligen direkten oder indirekten Trauma an Wurmfortsatzentzündung erkrankt; es ist dabei völlig gleichgültig, ob er schon

früher einmal an solcher gelitten hat, wenn er nur zur Zeit der Einwirkung des Traumas gesund und arbeitsfähig war. Die Zahl der Fälle, in denen das Trauma eine Rolle spielt, schätzt Verf. auf etwa 1—2, für das Heer auf 3—4%. Art und Mechanismus der Verletzungen werden eingehend besprochen. B. glaubt, daß die Fälle, in denen ein wirklich schon vor dem Trauma bestehender Abszeß durch dieses zur Perforation gebracht ist, nicht häufig, darunter solche mitgezählt sind, in denen der Abszeß erst infolge des Traumas überhaupt entstanden ist. Dagegen kommt es öfters vor, daß chronisch veränderte Wurmfortsätze auch ohne pathologischen Inhalt auf ein Trauma mit einer neuen Entzündung reagieren. Auch die auf ein Trauma des Bauches folgende reflektorische Darmlähmung spielt bei der Entstehung der traumatischen Entzündung solcher Wurmfortsätze eine hervorragende Rolle, die B. ebenso dem Kotstein zuweist. Aber auch der normale, nicht kotsteinhaltige Wurmfortsatz kann durch ein Trauma geschädigt werden und infolgedessen erkranken; Fälle von Quetschung gegen die Wirbelsäule, von Verletzung des in der Nähe eines Leisten- oder Schenkelbruchringes usw. liegenden Wurmfortsatzes u. a. werden mitgeteilt. Vor allem aber weisen die von Aschoff erhobenen mikroskopischen Befunde auf die Möglichkeit der traumatischen Erkrankung auch des normalen Wurmfortsatzes hin. Auch Schädigungen der Umgebung des Wurmfortsatzes infolge eines Trauma (Blutungen aus dem Mesenteriolum bzw. zwischen seine Blätter usw.) können zu Ernährungsstörung und Entzündung des Wurms führen. Fälle von chronischer traumatischer Appendicitis sind gleichfalls, wie solche von akuter, bekannt geworden. Im allgemeinen aber ist die traumatische Wurmfortsatzentzündung durch einen schweren Verlauf ausgezeichnet, weil der Einbruch von entzündungserregenden Substanzen in die Bauchhöhle plötzlich erfolgt; die Frühoperation ist daher in solchen Fällen eine dringende Forderung. — Besonders wertvoll sind B.'s Darlegungen über die Begutachtung des Zusammenhangs zwischen einer Gewalteinwirkung und einer Appendicitis; er verlangt die Erfüllung folgender Bedingungen: 1) Es muß der Beweis erbracht sein, daß wirklich eine Gewalteinwirkung stattgefunden hat. 2) Diese muß im allgemeinen eine zeitlich begrenzte gewesen, 3) nach unseren ärztlichen Erfahrungen und Kenntnissen geeignet sein, den Wurmfortsatz so zu schädigen, daß er an einer Entzündung erkranken kann. 4) Es müssen sich im unmittelbaren Anschluß an die Gewalteinwirkung Erscheinungen einstellen, welche auf eine Schädigung des Wurmfortsatzes hindeuten und auch so lange andauern, bis die Appendicitis manifest geworden ist. — Wichtig kann auch die Feststellung sein, ob der Wurmfortsatz vor Eintritt der als Ursache angeschuldigten Verletzung noch gesund oder schon krankhaft verändert war. Der Gutachter wird nach B. dann einen Wurmfortsatz als zur Zeit der Gewalteinwirkung gesund anzusehen haben, wenn dieser bis zur Verletzung niemals die geringsten auf seine Erkrankung hinweisenden Erscheinungen für den Träger hervorgerufen und auch weder durch den klinischen Verlauf noch durch den Befund bei der Operation oder Sektion dem widersprechende Beobachtungen gemacht wurden.

B.'s Abhandlung wird besonders für diejenigen, welche die Möglichkeit einer traumatischen Appendicitis eines vorher gesunden Wurmfortsatzes bestreiten, von Interesse sein. Kramer (Glogau).

---

37) H. A. Cediard. Verminous appendicitis. (Lancet 1910. Sept. 17.)

Bericht Verf.s über zwei Fälle, bei denen im exstirpierten Wurmfortsatz Oxyuris vermicularis gefunden wurde. Der erste betrifft ein 7jähriges Mädchen, bei dem bereits die Zeichen einer diffusen Peritonitis bestanden. Die Operation

ergab kein Exsudat, wohl aber eine Entzündung des Blinddarms und eine sehr starke Rötung und Schwellung des Wurms. In letzterer wurde ein Nest sehr agiler Madenwürmer gefunden. Trotzdem nach der Operation die üblichen Wurmmittel gegeben wurden, gingen keine Würmer mehr ab; es schienen also nur im Wurmfortsatz deren gewesen zu sein.

Der zweite Fall betraf einen 30jährigen Mann, wo ein Oxyuris beim Durchschneiden eines zitronenkerngroßen Kotsteines im Wurmfortsatz gefunden wurde. Verf. glaubt. daß der Madenwurm einen Kristallisationspunkt für die Bildung des Kotsteines abgegeben hat. Was die Gefahr einer direkten Perforation angeht, so ist diese beim Spulwurm größer, als beim Madenwurm.

Durch Studium der Literatur kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Nematoden keineswegs seltene Bewohner des Wurmfortsatzes sind und in dessen Pathologie eine größere Rolle spielen. Sie würden nach Verf. jedenfalls häufiger gefunden werden, wenn alle Kotsteinchen der Appendix genau untersucht würden. Aimé Guinard sah in 200 exstirpierten Wurmfortsätzen 15mal den Trichocephalus dispar und 3mal den Oxyuris vermicularis. Einige weitere Autoren werden angegeben. H. Ebbinghaus (Altena).

---

38) **Owen T. Williams. The distribution of appendicitis, with some observations on its relation to diet.** (Brit. med. journ. 1910. Dezember 31.)

Die letzte Ursache für Entstehung einer Appendicitis ist die Infektion. Den vorbereitenden Boden dazu bilden nach W.'s schon früher ausgesprochenen Theorie nicht genügend absorbierte Seifen gesättigter Fettsäuren. Darmsand und Konkremente des Wurmfortsatzes sind von ähnlicher Zusammensetzung; denn sie bestehen aus Kalziumseifen gesättigter Fettsäuren. Durch geeignete Färbemethoden kann man diese Seifen im Schleim des Wurmfortsatzes und in seiner Submucosa abgelagert finden. Hier erschweren sie mechanisch die Blutversorgung der Schleimhaut und bereiten so die Infektion vor. Die Ursache für diesen Zustand haben wir vielleicht in einem Überschuß gesättigter Fette in der Nahrung zu suchen. Diese Seifen aus gesättigten Fettsäuren sind weniger gut absorptionsfähig als die aus ungesättigten. Verf. bringt also die Entstehung der Appendicitis mit der Ernährungsweise in Zusammenhang und glaubt in einer geographisch-medizinischen Statistik der Wurmfortsatzentzündungen vieler Länder für seine Theorie eine Stütze zu finden. Ärztliche Berichte, die er aus Arabien, Belgien, China, Schweden, Rumänien, Ägypten, Dänemark und vielen anderen Ländern beibrachte, ergaben im wesentlichen bei vorsichtiger Bewertung folgendes: Die Häufigkeit der Appendicitis ist je nach den Ländern außerordentlich verschieden. Dies hängt ganz wesentlich von der Ernährungsweise ab. Vor allem scheint sie mit reichlicher Fleischnahrung zuzunehmen, mit vorwiegend vegetabilischer abzunehmen oder ganz zu schwinden. In England hat die Krankheit in den letzten Jahrzehnten unzweifelhaft zugenommen. Die einzige Erklärung dafür sieht Verf. in der bedeutenden Vermehrung des Fleischgenusses. Insbesondere zeichnen sich die hier in Frage kommenden Sorten Hammel und Rind aus durch die geringe Menge an ungesättigten, also leicht resorbierbaren Fettsäuren.

Weber (Dresden).

---

39) Deaver. **Appendicitis in childhood.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 26. 1910.)

Bericht über 500 Fälle von Appendicitis aus dem Mary J. Drexel-Kinderhospital in Philadelphia. Von diesen starben 23 gleich 4,6%. Es handelte sich um 315 Knaben und 185 Mädchen. 40 Kinder waren jünger als 5 Jahre, 180 waren 6 bis 10, 280 11 bis 15 Jahre alt. Ätiologisch kommen Darmerkrankungen und Influenza in erster Linie in Betracht. Die Symptome sind oft weniger klar als bei Erwachsenen. Bei Erkrankungen des Bauches von Kindern sollte man stets in erster Linie an Appendicitis denken. Bei Operationen innerhalb der ersten 24 Stunden kommen Todesfälle so gut wie nie vor. Operation stets so früh wie möglich. W. v. Brunn (Rostock).

---

40) Boese. **A case of chronic appendicitis simulating neoplasm.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 25. 1910.)

Eine Dame von 47 Jahren bemerkte 1 Jahr nach einer akuten Appendicitis eine langsam wachsende Geschwulst der rechten Unterbauchgegend, die schließlich mehr als den rechten unteren Quadranten der Bauchhöhle einnahm.

Durch die Operation wurde eine Geschwulst von 19 cm Länge, $11^1/_2$ cm Breite und 5 cm Dicke entfernt; in ihr fand sich eine 8 : 6 : 4 cm große, mit stinkendem Eiter erfüllte Höhle, die mit dem Blinddarm in offener Verbindung stand. Die Wand der Höhle bestand nur aus entzündlichem Granulationsgewebe.

Tod an Peritonitis. W. v. Brunn (Rostock).

---

41) C. Tosatti (Parma). **Appendicite a forma ostruttiva per vizio di posizione del ceco.** (Clin. chir. 1911. Nr. 1.)

Bei einem an den Zeichen der Darmstenose leidenden Pat. wurde bei der Laparotomie ein ca. 8 cm langer Wurmfortsatz als Ursache gefunden, der, mit der Umgebung durch frische peritonitische Stränge verwachsen, den Dünndarm knickte. Das untere Ende des Blinddarms befand sich, durch Adhäsionen festgehalten, in der Medianlinie. Diese Dislokation hat durch die Knickung des Wurms zur Blinddarmentzündung den Anlaß gegeben.

Stocker jun. (Luzern).

---

42) E. Martini (Torino). **Contributo allo studio anatomo-pathologico dell' appendicite.** (Clin. chir. 1911. Nr. 1.)

Um zu entscheiden, ob und wie allgemeine Infektionen den Wurmfortsatz beeinflussen, hat Verf. deren 50 von Personen, die an nicht infektiösen Krankheiten gestorben sind, untersucht. 11 waren normal, 34 zeigten ein Stratum mucosum und in der Submucosa alte entzündliche Veränderungen, 5 waren stark verändert durch entzündliche Vorgänge. Eine zweite Reihe von 50 Wurmfortsätzen, die von an Infektionskrankheiten gestorbenen Leuten berrührten, zeigten durchweg Veränderungen. Bei 10 an Lungenentzündung Verstorbenen litten 8 an einer einfachen, subakuten Endoappendicitis und 2 an akuter Appendicitis, von 8 mit schwerer Lungentuberkulose 6 an chronischer Entzündung des Wurms, wovon eine tuberkulöser Natur war, 2 an subakuter. Bei Typhus beobachtete Verf. Appendicitiden mit zahlreichen Abszessen. Bei 3 Personen, die an Affektionen der Gallengänge litten, konnten schwere Veränderungen am Wurm konstatiert werden. Daß Adnexaffektionen den Processus vermiformis in Mitleidenschaft ziehen, ist selbstverständlich. Bei 2 Fällen von Gesichtserysipel und 4 von

Angina Ludovici fanden sich subakute, entzündliche Erscheinungen mit Hyperplasie des follikulären Apparates. Verf. hat außerdem 15 chirurgisch gewonnene Wurmfortsätze untersucht und gefunden, daß der akute Entzündungsprozeß gewöhnlich dort einsetzt, wo alte Narben von früheren Entzündungen sind.

Stocker jun. (Luzern).

---

43) T. O. Hausmann. Über beweglichen und Wanderblinddarm. (Praktitscheski Wratsch 1911. Nr. 4.)

H. unterscheidet zwei Formen des Coecum mobile. Beweglichen Blinddarm, den man passiv dislozieren kann, und Wanderblinddarm, der auch spontan seine Lage ändert und in Nabelhöhe oder unter dem Rippenbogen liegt. Letztere Form wird nicht selten für Wanderniere gehalten. Die richtige Diagnose wird durch das Konstatieren gurrender Geräusche in der Geschwulst ermöglicht; ferner kann man über derselben das Colon transversum tasten, endlich die Pars coecalis ilei, die in 70—80% der Tastung zugänglich ist, leider aber oft für den Wurmfortsatz gehalten wird. Letzterer kann in 15% aller Fälle getastet werden. Therapie des Coecum mobile: systematische Öleinläufe nach Ebstein (viele Monate), Albu's Diät für chronische Appendicitis, palpatorische Massage des Blinddarms, endlich — prophylaktisch gegen Volvulus coeci, Invaginatio ileo-coecalis und Einklemmung des Blinddarms — die Typhlopexie. Gückel (Kirssanow).

---

44) G. Ferrarini (Pisa). Sopra il modo di comportarsi di un ansa intestinale resa estraperitoneale e sottoposta o meno ad atti operativi. (Clin. chir. 1911. Nr. 1.)

Im ersten Teil seiner Arbeit zeigt F. durch Versuche an Hunden, daß die Vorlagerung des Dünn-, wie Dickdarms unter die Haut, die Fascie und die Muskeln keinen Schaden verursacht, weder für die Funktion, noch für die Struktur. An den vorgelagerten Därmen vorgenommene Operationen (Enterostomie, Resektion usw.) heilten normal. Ja, als infolge inkompleten Haltens der Naht eine Phlegmone entstand, blieb das Bauchfell frei. Auch bei frisch operierten Därmen hatte die Vorlagerung keinen Einfluß auf die Heilung.

Stocker jun. (Luzern).

---

45) C. Mantelli (Turin). Ancora un caso di ernia inguinale obliqua interna. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 5. 1911.)

In Ergänzung einer früheren Arbeit berichtet M. über einen weiteren Fall von Hernia inguinalis obliqua interna, der vor der Operation aus der Lage des Bruches und dem Leersein des Leistenkanals mit annähernder Sicherheit festgestellt werden konnte. Die Operation wurde wegen Einklemmungserscheinungen gemacht, die seit 4 Tagen bestanden hatten. Bei der Herniotomie fand sich der Bruchsack leer, in seiner Umgebung umschriebene Peritonitis.

M. Strauss (Nürnberg).

---

46) Wilms (Heidelberg). Radikale Operation des Schenkelbruches durch Fascienplastik. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 6.)

W. entnimmt den Fascienlappen der Fascia lata und befestigt ihn an der hinteren Wand des Poupart'schen Bandes so, daß er wie ein Vorhang von innen her den Canalis cruralis zudeckt und die Gefäße überlagert. Schnitt 1 cm über

und parallel dem Bande, Durchtrennung von Muskel und Fascie, stumpfe Ablösung des Bauchfells von der hinteren Fläche des Lig. Pouparti und dem Schambeinast. Nach Abbinden des von innen her durch den Canalis cruralis gezogenen Bruchsacks, sofern dieser klein ist, wird ein 10—12 cm langes und 5—6 cm breites Stück der Fascia lata umschnitten und in doppelter Lage an der hinteren Seite des Poupart'schen Bandes angenäht; Naht der Wunde (doppelte Naht). In acht Fällen bisher glatte Einheilung der Fascie und fester Bruchpfortenverschluß.

Kramer (Glogau).

47) **Richardson. A case of torsion of the great omentum.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 23. 1910.)

Ein 45 Jahre alter Mann hatte vor 5 Jahren eine Appendektomie im Anfall durchgemacht mit länger dauernder Wundeiterung. Seitdem hatte er oft an mehr oder weniger heftigen Kolikschmerzen gelitten. Schließlich bemerkte man in der rechten Unterbauchgegend eine faustgroße, schmerzhafte Geschwulst.

Bei der Operation fand sich in einem Bruchsack eine enteneigroße gedrehte Netzpartie; diese hing durch einen zwei Finger dicken Stiel mit einem gänseeigroßen intraabdominalen ebenfalls mehrfach gedrehten Netzteil zusammen, und zwischen diesem und dem normalen Rest des Netzes befand sich ein daumendicker Verbindungsstrang.

Exstirpation dieser beiden Netzklumpen, Radikaloperation der Hernie. Heilung.

W. v. Brunn (Rostock).

48) **Hoffmann. Röntgenologische Größenbestimmung des Magens.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI Hft. 4.)

Verf. hat 44 magengesunde und magenkranke Personen auf die Größe des Magens untersucht. Er hat den Magen dabei jederzeit leer gespült, dann aufgebläht, bis Pat. einen deutlichen Druck oder auch andeutungsweise Schmerzen spürte. Der Druck der eingeführten Luft betrug, mit Hilfe eines Wassermanometers festgestellt, 10—20 cm Wasser. Die Konturen des aufgeblähten Magens wurden auf dem Schirm fixiert; nach der Entfernung der Luft aus dem Magen bekam Pat. eine Rieder'sche Wismutmahlzeit (50 g zu 300 g Griesbrei). Bei der Aufbläung fand Verf. in 50% die Holzknecht'sche Stierhornform, in 12% die Rieder'sche Syphonform, in 28,5% Übergangsformen der beiden genannten Gattungen, in 9,5% Kreisform oder eine ähnliche Schattenfigur. Bei der Füllung mit Wismutbrei fand Verf. im Liegen 10% Stierhornformen, 16,7% Syphonformen, 16,7% Übergangsformen und 56% Kreis- oder ähnliche Formen; im Stehen 25% Stierhornformen, 22,5% Syphonformen, 27,5% Übergangsformen und 5% Kreis- oder ähnliche Formen; es sind also nach der Prüfungsmethode ganz deutliche Größenunterschiede vorhanden; auch waren im Stehen die unteren Magengrenzen bei der Wismutfüllung stets tiefer als bei der Aufblähung, während es bei der Aufblähung ganz einerlei zu sein scheint, ob man die Durchleuchtung im Liegen oder Stehen vornimmt. Seine Angaben stehen zum Teil in Widerspruch mit den Angaben von Goldammer, welcher einen Einfluß der Schwere des Inhaltes nicht anerkennen will. Verf. glaubt vielmehr, daß die vollständige Abschaffung der Aufblähungsmethode, wie sie von Rieder und Grödel gefordert wird, nicht richtig sei; da die Wismutfüllung häufig nicht ausreicht, um den ganzen Magen zur Entfaltung zu bringen und die Aufblähungsmethode vorsichtig angewendet durchaus nicht schädlich sei.

Gaugele (Zwickau).

49) **Payer. Die postnarkotische Magenlähmung.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

An der Hand von fünf eigenen Fällen, von denen einer tödlich endete, die anderen genasen, gibt P. unter eingehendster Berücksichtigung der großen über diese Frage vorliegenden Literatur ein Bild der akuten, nach Narkose eintretenden Magendilatation. Zwei Ansichten stehen sich hinsichtlich der Entstehung gegenüber: Die Einen halten für das Primäre eine Lähmung der Magennerven durch die Narkose infolge davon akute Dilatation des Magens durch Gastrorrhöe, die Anderen erklären den Zustand durch primäre Duodenalstenose, entstanden durch Herabsinken des Dünndarms ins kleine Becken und Kongestion des Duodenum durch die Radix mesenterii, besonders die Arteria mesaraica superior; sie nehmen also einen arterio-mesenterialen Ileus an, der sekundär erst zur Magendilatation führt. P. entscheidet sich für erstere Erklärung; eine individuelle Prädisposition spielt wohl oft eine Rolle dabei, wie an mehreren Fällen gezeigt wird, in denen bei wiederholten Narkosen der Zustand sich wiederholt einstellte. Eine genaue Beobachtung der Magenverhältnisse an 300 Pat. vor und nach der Narkose zeigte P., daß fast bei allen Pat. unmittelbar nach dem Ausklingen des narkotischen Schlafes eine deutliche Atonie und Erweiterung des Magens zu konstatieren war. In der Regel geht diese Parese in 12—14 Stunden zurück; bleibt sie, so kommt es zu dem schweren Krankheitsbild der akuten Dilatation hohen Grades. Als beste Therapie erwies sich die von Schnitzler jüngst angegebene Lagerung auf den Bauch oder Knie-Ellbogenlage; zunächst aber kann man es mit rechter Seitenlagerung versuchen, die schon in vielen Fällen genügt.

Haeckel (Stettin).

---

50) **Max Einhorn. Über Pylorospasmus.** (Berl. klin. Wochenschrift 1911. Nr. 5.)

Die Behandlung des Pylorospasmus muß sich in erster Linie darauf richten, die primäre Affektion zu beseitigen. Ruhekur oder Duodenalernährung für Magen- oder Duodenalgeschwür, Beseitigung der Gallensteine usw. Häufig verschwindet dann der Pylorospasmus. In den Fällen, in welchen er idiopathisch ist, oder wo die primäre Affektion nicht ganz beseitigt werden kann, ist Strecken des Pylorus von erheblichem Wert. Diese Behandlungsweise stimmt mit der bei chronischem Cardiospasmus geübten überein. Die mit letzterer Methode erzielten guten Resultate haben Verf. veranlaßt, das Verfahren auch beim Spasmus des Pylorus anzuwenden; er hat hierfür ein Instrument, den Pylorodilatator konstruiert. Er besteht aus einem kleinen ovalen Endstück aus Metall, an welches ein Gummischlauch (8 mm Umfang und 1 m lang) befestigt ist. Dicht am Endstück und mit ihm und dem Schlauch verbunden befindet sich ein kleiner Gummiballon, der mit einer Umhüllung von seidener Gaze umgeben ist. Der Schlauch ist innerhalb des Ballons mit einigen kleinen Öffnungen ausgestattet und am distalen Ende mit einem Hahn und einer graduierten Glasspritze verbunden, so daß man den Ballon mit einer bestimmten Luftmenge aufblähen kann.

Das Instrument wird am besten abends eingeführt und bleibt die Nacht über liegen, da es oft lange dauert, bis der Apparat ins Duodenum gelangt.

Aus der Beschreibung geht schon hervor, wie der Dilatator anzuwenden ist; genaue Einzelheiten finden sich in der Arbeit. Ob der Apparat sich im Duodenum befindet, merkt man an einem leichten Resistenzgefühl. Außerdem läßt sich seine Lage durch Röntgendurchleuchtung genau bestimmen, wie durch instruktive Bilder gezeigt wird.

E. berichtet über vorzügliche Resultate, die er mit seinem originellen Verfahren erreicht hat, und stellt die Behauptung auf, daß man eine spastische Pylorusobstruktion durch dieses nichtoperative Vorgehen heilen kann. Anscheinend hat er bisher keine Mißerfolge oder üble Zufälle, die doch leicht denkbar sind, erlebt und er hofft, daß auch gutartige organische Strikturen des Pylorus, die noch nicht zu weit vorgeschritten sind, seiner Behandlungsmethode zugänglich sein werden.

Glimm (Klütz).

---

51) W. M. Sykow. Zur Frage von der totalen Magenresektion.

(Neues in der Medizin 1911. Nr. 2. [Russich.])

55jährige Frau, Resektion des ganzen Magens und der benachbarten Drüsen; es gelang — zwar mit Mühe — den Zwölffingerdarm mit der Speiseröhre zu vernähen. Heilung. Vom 20. Tage gewöhnliche Speise, nach $2^1/_2$ Monaten Gewichtszunahme um 8 kg. Darmfunktion normal. Röntgen zeigt Dilatation des Dünndarms (neuer Magen). Die Geschwulst war ein Adenokarzinom.

Da der Magenkrebs in 50—70% nach Magengeschwür entsteht, so empfiehlt S. bei chronisch kallösen Geschwüren prophylaktisch das Geschwür zu resezieren und nicht die Gastroenterostomie zu machen. Letztere ist nur bei einfachen Pylorusgeschwüren angezeigt, und dann ist es besser gleichzeitig den Pylorus auszuschalten (nach Doyen).

Für die frühe Diagnose des Magenkrebses gibt es kein an und für sich allein sicheres Zeichen, man muß alle vorhandenen Symptome zusammenstellen.

Gückel (Kirssanow).

---

52) Shimodaira. Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung von sogenannten Dehnungsgeschwüren des Darmes.

(Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 2.)

Die von Kocher als »Dehnungsgeschwür« oberhalb von Darmstenosen beschriebenen Geschwüre des Darmes sind wegen der Gefahr der Perforation von großer Bedeutung. Über ihre Entstehung bestehen verschiedene Ansichten; einige Autoren erklären sie als dekubitale Geschwüre durch den Druck von stagnierenden festen Kotmassen, andere als Folgen einer Entzündung des Darmes durch Infektion und Intoxikation infolge der Kotstauung, noch andere, zu denen Kocher in erster Linie gehört, durch Überdehnung des Darmes und dadurch bedingte mechanische Störung der Gefäße. S. führt nun zunächst die 48 in der Literatur niedergelegten klinisch beobachteten Fälle auf und gibt dann die Protokolle seiner Tierexperimente. Bei Hunden legte er am Ileum eine Enteroanastomose an, so daß eine Schlinge von 30—60 cm ausgeschaltet wurde, unterband diese an beiden Enden, blähte sie mit Luft auf und reponierte sie in die Bauchhöhle. Unter 27 derartigen Versuchen gelang es ihm 3mal, Dehnungsgeschwüre zu erzeugen, deren mikroskopischer Befund genau beschrieben wird. Unterbindung des Dickdarms wurde in einigen Fällen versucht, führte aber nie zum Ziel, da die Thiere in kurzer Zeit an Peritonitis zugrunde gingen.

S. kommt auf Grund seiner Versuche zu dem Resultat, daß der Einfluß von Bakterien und Toxinen keine Rolle bei der Entstehung der Geschwüre spielt, daß sie also nicht durch eine Enteritis ulcerosa, catarrhalis oder diphtherica entstehen, vielmehr hebt starke Dehnung den arteriellen Zufluß in der Darmwand auf, als dessen Folge schnell anämische Gangrän eintritt. Wenn dagegen an der lange Zeit übermäßig gedehnten Darmwand die Spannung nachläßt, tritt infolge

von Gefäßlähmung eine starke venöse Hyperämie in der Darmwand ein, was zur Gangrän führen kann. Die Geschwüre kommen da zustande, wo bei starker Stauung infolge der Gefäßlähmung einzelne Teile der Darmwand in Nekrose verfallen; solche Nekrose wird einerseits durch die Blutung infolge der Stauung, die auch durch Thrombenbildung verstärkt sein mag, verursacht, andererseits wird sie durch die Ernährungsstörung der durch übermäßige Dehnung geschädigten Darmwand begünstigt, der Namen »Dehnungsgeschwür« ist also ein sehr bezeichnender. Haeckel (Stettin).

53) **Willy Bloch.** Antiperistaltik des Dickdarms beim Menschen. (Med. Klinik 1911. p. 219.)

Eine zeitweise an Verstopfung leidende Frau aß 400 g Erbsenbrei und 70 g kohlensaures Wismut. Es ging 117 Stunden lang — bis zur Einnahme von Rizinusöl — kein Stuhl ab. Von Zeit zu Zeit wurde geröntgent. Wie die Wismutschatten lehrten, hatte sich zweimal ein verhältnismäßig großer Abschnitt des queren Dickdarms wieder gegen den Blinddarm hin entleert. Diese rückwärtige Eigenbewegung des Darmes ist nach B. nicht krankhaft.

Georg Schmidt (Berlin).

54) **E. A. Wright.** An unusual case of intestinal obstruction. (Lancet 1911. März 11.)

Verf. berichtet über einen ungewöhnlichen Fall von Darmverschluß infolge einer Haarmasse, die eng zusammengeballt im Dünndarm lag und 3 Zoll lang war. Ein anderer Haarklumpen füllte den ganzen Magen völlig aus, und dieser Klumpen hatte folgende Größenverhältnisse: Gewicht 2 Pfund $12^1/_4$ Unze, Länge $11^1/_4$ Zoll, Umfang $10^1/_2$ Zoll.

Beide Packen wurden operativ entfernt, nachdem der Darmverschluß längere Tage intern behandelt worden war, ohne daß bei dem Fehlen jeder verdächtigen Vorgeschichte eine Anamnese gestellt werden konnte. Die Pat. starb infolge der Operation, 6 Tage später, infolge schwerer Diarrhöe nach anfänglicher Besserung.

Als auffallend bei dem Falle wird mit Recht vom Verf. betont, daß ein derartiges Leiden bei einem intelligenten, blühenden, jungen Mädchen, wie im vorliegenden Falle, ohne jede hysterische Vorgeschichte auftrat; einzig und allein wurde später von den Angehörigen berichtet, daß die Kranke jahrelang die Angewohnheit hatte, beim Lesen oder dgl. an ihrem Haar in Gedanken versunken zu ziehen und zu beißen. H. Ebbinghaus (Altena).

55) **Brown.** Obstruction of bowel — Dietl's crisis. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 24. 1910.)

Durch Herabsinken der rechten Niere, die dann derartig verwachsen war, daß der obere Nierenpol nahe am Nabel fixiert lag, war das Colon ascendens derartig komprimiert worden, daß ein plötzlich entstandener Ileus die Folge war. Operative Beseitigung des Hindernisses. Heilung nach Überwindung einer schweren Infektion. 5 Monate später Tod an Lungentuberkulose.

W. v. Brunn (Rostock).

56) **Stern.** The colonoscope. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 23. 1910.)

Beschreibung eines vom Verf. konstruierten Endoskops für die Flexura sigmoidea, das in verschiedener Hinsicht Vorzüge vor den bisher bekannten

Instrumenten besitzen soll. Die Lichtquelle ist am Ende des Tubus befestigt, und in diesen Tubus wird dann die eigentliche Optik eingeführt. Abbildungen der Einzelheiten der Konstruktion. W. v. Brunn (Rostock).

---

57) D. A. Eskin. Ein Fall von Extrauterinschwangerschaft und Ileus. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 4.)

29jährige Frau, 6 normale Geburten, 7. und 8. Schwangerschaft endete mit Abort. Seit $2^1/_2$ Monaten wieder schwanger, seit 4 Wochen Metrorrhagie. 27. Februar Auskratzung des Uterus, worauf die Blutung stand. 16. März plötzlich Schmerzen im Unterleib; Auftreibung des Bauches, Ileus, kotiges Erbrechen. 19. März Laparotomie. Man fand einen großen Bluterguß im Bauch infolge geplatzter interstitieller rechtseitiger Extrauterinschwangerschaft. Oben war mit dem Sack eine 9 cm lange Appendix epiploica des Colon ascendens verwachsen; unter dieser Appendix war eine Dünndarmschlinge eingeklemmt und um 180° gedreht. Durchtrennung der Appendix, Ablösung der mit ihr verklebten Schlinge, Exzision des Sackes, wegen Ausfallen des Pulses rasch zweizeitige Naht der Bauchwand. 2 kg NaCl-Lösung in die Bauchhöhle. Am 3. Tage Pneumonie rechts, am 7. starker Durchfall; nach einem Monat geheilt, doch entwickelte sich Lungentuberkulose, die nach 5 Monaten zum Tode führte.

Gückel (Kirssanow).

---

58) K. N. Fedorowitsch. Zur Frage vom Verschluß der Mesenterialgefäße. (Arbeiten der propädeut.-chirurg. Klinik von Prof. W. A. Oppel. Bd. II. 1910. [Russisch.])

Drei Fälle: 1) Frau, 24 Jahre alt, Thrombophlebitis der unteren Extremitäten, die fortschreitend die Bauchwandvenen ergriff. 4 Tage vor dem Tode starke Schmerzen im Unterleib, Blähung, Erbrechen, das zuletzt fäkulent wurde. Kein blutiger Stuhl. Sektion: Thrombophlebitis der V. portae, lienalis, mesenterica sup. et inf., der Hohl- und rechten Nierenvene. Beginnende Gangrän des Dünndarms, Peritonitis. 2) Frau, 22 Jahre alt, puerperale Septhämie. Thrombophlebitis im System der unteren Hohlvene. 4 Tage vor dem Tode entstand dasselbe Bild wie in Fall 1. Die Sektion zeigte Thrombose der V. mesenterica sup., unvollständigen Volvulus des Dünndarms und beginnende Gangrän des letzteren. 3) Mann, 65 Jahre alt, Endomyocarditis chronica fibrosa. Stuhlverhaltung, Auftreibung des Bauches; 6 Tage darauf Erbrechen, nach Einlauf blutiger Stuhl; am nächsten Tage Stuhl schwarz; Tod am 3. Tage. Sektion: Thrombose der V. mesent. sup., der Pfortader- und Milzvene; zuletzt Embolie der A. mesent. sup. Gangrän des Dünn- und Blinddarms. — Von allen drei Fällen wird der mikroskopische Befund gegeben und die Pathogenese erörtert. F. hat die Frage auch experimentell bearbeitet und die Resultate in seiner Doktordissertation: Zur Frage von den Veränderungen des Darmes infolge Störung des mesenterialen Blutkreislaufs, St. Petersburg, 1910 (russisch) — niedergelegt.

Gückel (Kirssanow).

---

59) H. C. Cameron and C. H. Rippmann. Five cases in which acquired diverticula of the sigmoid led to death. (Guy's hospital reports Vol. XLIV. p. 373. London 1910.)

Die erworbenen Divertikel der Flexura sigmoidea scheinen in England eine ganz besonders praktische Bedeutung zu besitzen. Die vorliegende Mitteilung

bringt in Ergänzung einer sich auf 62 Fälle beziehenden Statistik von Maxwell Telling (Lancet 1908. I. p. 843) einen Bericht über fünf weitere Fälle, die in der relativ kurzen Zeit von 7 Monaten im Guy's Hospital zur Sektion kamen. In sämtlichen Fällen war die Operation vorher ausgeführt worden. Im ersten hatten die Erscheinungen eines Darmverschlusses vorgelegen, hervorgerufen durch einen Darmpolypen, der die durch chronische Diverticulitis verengte Flexura sigmoidea verlegt hatte. Trotz Kolostomie Tod. In den anderen Fällen lag akute Peritonitis vor, meist auf Spontanperforation beruhend; in Fall 5 war die Durchbohrung durch eine verschluckte Fischgräte erfolgt.

Anatomisch handelte es sich meist um zahlreiche Divertikel mit gleichzeitiger chronischer adhäsiver Perikolitis. E. Melchior (Breslau).

---

60) A. Foges. Atlas der rektalen Endoskopie. II. Teil. Wien. Urban & Schwarzenberg, 1910.

Der zweite Teil des im Zentralblatt 1909 p. 1362 referierten Atlas der rektalen Endoskopie bringt weitere Bilder von Karzinomen des Mastdarms und der Flexur; dann folgen Bilder von anderen einschlägigen Erkrankungen (Polypenbildung, Strikturen, Fisteln).

In der nunmehr vorliegenden abgeschlossenen Form stellt der Atlas, der nach einer Einführung in die Technik im ganzen 74, meist sehr gut gelungene farbige Bilder bringt, für jeden Praktiker, der auf diesem Gebiete gelegentlich zu arbeiten hat, ein willkommenes, die eigene, oft nicht besonders umfangreiche Erfahrung ergänzendes Hilfsmittel dar. Besonders wertvoll erscheinen uns auch die beigegebenen Krankengeschichten der im Bilde dargestellten Fälle.

Ein kurzes Literaturverzeichnis ermöglicht dem Leser weitere Orientierung auf dem genannten Gebiete. H. Simon (Erlangen).

---

61) Nikolai Paus. Ulcus perforans recti als Ausgangspunkt für Peritonitis. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVIII. p. 421.)

P. berichtet über drei Sektionsbeobachtungen aus dem Reichshospital in Christiania. In allen lag Peritonitis vor, ausgegangen von Ulzerationsperforationen am Rektum bzw. Colon sinistrum. Zeichen von Lues oder Tuberkulose fehlten. P. hält eine Entstehung durch einen Fremdkörper für wahrscheinlich annehmbar, der im Darm sich festgesetzt hatte, nachträglich aber durch den After abgegangen sein wird. Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

---

62) Harrison Cripps. The treatment of rectal cancer. (Brit. med. journ. 1911. Januar 28.)

Aus seinen reichen Erfahrungen an über 1000 Fällen von Mastdarmneubildungen, die er beobachtet hat, gibt Verf. einige Ergebnisse. Außer einigen wenigen Fällen von melanotischen Krebsen und Sarkomen handelte es sich stets um Adenokarzinome. Verf. operiert nur bei guter Beweglichkeit der Neubildung, die in Narkose festgestellt werden muß. Ist die Mastdarmwand überschritten, so tritt ausnahmslos ein Rückfall nach der Operation auf. Verf. hält es für zwecklos, solche Fälle zu operieren. Unter 85 Exzisionen aus der Privatpraxis mit 5% Sterblichkeit konnte er 35 Dauerheilungen ausfindig machen. Da der Rückfall fast immer innerhalb des ersten Jahres eintritt, so genügt ihm als Beweis der Dauerheilung die Dreijahresfrist. Weber (Dresden).

---

63) **Kraatz (Wien). Die plastische Verwendung des Uterus bei Rektokele.** (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäk. Bd. LXVII. Hft. 2.)

Verf. berichtet aus dem Bettinaspital (Vorstand: Prof. Wertheim) über sechs Fälle, bei denen wegen hochgradiger Rektokele die Interpositio rectovaginalis nach Wertheim angewandt wurde. Dabei wird der Uterus, ähnlich wie es schon W. A. Freund machte, durch das hintere Scheidengewölbe vorgezogen, als lebende Pelotte vor den Mastdarm gelegt und teilweise oder ganz mit Scheidenschleimhaut überdeckt. Den Schluß der Operation bildet eine gute Kolpoperineorrhaphie. Das Wesentliche besteht eben darin, daß das defekte Septum recto-vaginale eine kräftige organische Stütze bekommt. Was die Dauerresultate anbetrifft, so konnte K. bei fünf Frauen durch persönliche Untersuchung völlige Erwerbsfähigkeit, ungestörtes Kohabitationsvermögen und gute Funktion von Darm und Blase konstatieren. Bei einer trat 4 Monate nach der Operation ein Rezidiv ein; bedingt 1) durch Unterlassen einer Portioamputation bei vorliegender Cervix, 2) durch Unterlassen einer Kolpoperineorrhaphie, 3) war nur eine Aufnähung des Uterus an die hintere Scheidenwand ohne Überkleidung mit Scheidenschleimhaut vorgenommen worden. C. Koch (Greifswald).

64) **Rudolf Bayer. Untersuchungen über den Eisenstoffwechsel in Fällen myeloischer Leukämie und Splenektomie. Seine Beeinflussung durch Röntgenstrahlen.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 1.)

B. untersuchte den Eisenstoffwechsel bei einem Kranken mit myeloischer Leukämie, zur Kontrolle bei einem Manne mit Gastroenterostomie wegen Narbenstenose des Pylorus. Ferner in einem Falle von Banti'scher Krankeit, in dem die Milz exstirpiert wurde; zur Kontrolle bei einem Mädchen mit Hydrops tuberculosus genus. Er fand, daß der myeloische Leukämische unter gleichen Versuchsbedingungen im Stuhl weniger Eisen ausschied als der Gesunde. Die Röntgenbehandlung rief eine erhebliche Steigerung der Eisenausfuhr im Stuhl sowohl des Leukämikers wie des Gesunden hervor. Die relative Steigerung der Eisenausfuhr und Röntgenbehandlung war beim Milzkranken beträchtlich größer als beim Gesunden. Nach Entmilzung war die Eisenausscheidung im Stuhl stark gesteigert; Röntgenbestrahlung steigerte den Eisenexport sehr stark.

Die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf den Eisenstoffwechsel der Milz kann auf dreierlei Weise erfolgen: durch Steigerung des intermediären Zellzerfalls, durch funktionelle Schädigung der Milz in ihrer Eisenretention; durch Mobilisation des in der Milz aufgestapelten Reserveeisens. Haeckel (Stettin).

65) **G. Cotte. Du choix de l'intervention dans la lithiase biliaire.** (Lyon chirurg. 1910. Bd. IV. p. 469.)

Bezüglich der Indikationen eines operativen Eingriffes bei Cholelithiasis ist heute eine Einigung erzielt, nicht aber bezüglich der Frage: Ektomie oder Stomie.

Um die Resultate bei der einen oder anderen Methode festzustellen, hat C. die neuere Literatur der Gallensteinchirurgie eingehend bearbeitet; auf Grund seiner Studien kommt er zu folgender Stellungsnahme.

Für die Mehrzahl der Chirurgen ist heute bei der Cholelithiasis die Ektomie der Gallenblase mit nachfolgender Drainage der Gallenwege die Operation der Wahl. und die Cholecystostomie verliert immer mehr an Boden. Bei den akuten

Gallenblasenentzündungen, die zur baldigen Operation zwingen, besonders wenn es sich um die gangränöse oder hämorrhagische Form handelt, genügt die Stomie nicht zur Ableitung der hochinfektiösen Galle, sondern man muß sogleich zur Ektomie schreiten; der Cysticus bleibt offen, ein Drainrohr wird gegen ihn gelegt. Nur wenn der Allgemeinzustand ein schlechter ist oder besondere Schwierigkeiten infolge schlechter Narkose, Pericholecystitis usw. bestehen, begnügt man sich mit der Stomie und Drainage der Gallenblase; in diesen Fällen macht man eventuell später die sekundäre Ektomie.

Handelt es sich um die chronischen Formen der Gallenblasenentzündung (rezidivierende Cholecystitis, chronischer Hydrops, Empyem) so bilden ebenfalls nur schlechter Allgemeinzustand oder ungünstige Bedingungen für die Operation eine Kontraindikation gegen die Ektomie; wichtig ist, die Gallenwege zu drainieren; denn viele Todesfälle nach Ektomie in der Literatur waren bedingt durch das Unterlassen der Drainage. Am einfachsten ist es, den Cysticus nicht zu unterbinden und ein Drainrohr gegen ihn zu legen. C. empfiehlt hier auch erneut die von ihm angegebene subseröse Cholecystektomie, bei der es durch Vernähen der Bauchfellappen über dem Drain möglich ist, einen guten Abschluß gegen die freie Bauchhöhle zu erzielen.

Bei Cholelithiasis des D. hepaticus oder choledochus sind die Kranken infolge der Infektion und des chronischen Ikterus oft so geschwächt, daß sie die Ektomie der Gallenblase und die Hepaticusdrainage nach Kehr nicht aushalten; in diesen Fällen haben einzelne Autoren unter Erhaltung der Gallenblase zugleich auch diese und den Hepaticus, oder nach Ablösen der Gallenblase von der Leber durch die Blase hindurch die Gallengänge drainiert.

Gegen eine schematische Anwendung der Kehr'schen Drainage erhebt C. Einspruch und glaubt, daß man in vielen Fällen damit auskommt, die Ektomie subserös zu machen, ein Drainrohr gegen den eröffneten D. hepaticus zu führen und die abgelösten Peritoneallappen darüber zu vernähen.

Eine Abbildung im Text. Boerner (Erfurt).

66) A. Maiocchi (Milano). Sopra un caso di epaticotomia per calcolo. (Clin. chir. 1911. Nr. 1.)

Bei einem Kranken, der an den Erscheinungen eines Choledochusverschlusses litt, wurde bei der Operation neben Cysticussteinen ein Hepaticusstein durch Hepatikotomie entfernt. Verf. nimmt an, daß durch die starke Dehnung des Cysticus ein Druck und eine Stauung im unteren Hepaticus entstand, die zur Bildung von Steinen Veranlassung gab. Er machte die Epiplooplastik auf die Hepaticuswunde mit Tamponade des Unterleberraumes, Cystikostomie und Cysticusdrainage. Stocker jun. (Luzern).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, in Bonn, G. PERTHES, in Tübingen, E. RICHTER, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 18. Sonnabend, den 6. Mai 1911.

Inhalt.

Aus dem städt. Krankenhaus in Kowno, Rußland.

Zur Ätiologie des Leistenbruches.

Von

Dr. A. Hagentorn,

dirigierender Arzt des Krankenhauses.

Die zurzeit herrschende Lehre von der Ätiologie der Leistenbrüche teilt dieselben in angeborene und erworbene. Erstere sollen in den offen gebliebenen Processus vaginal. eintreten und daher mit dem Hoden zusammen in einem gemeinsamen Bauchfellüberzug, Bruchsack, stecken. Letztere sollen sich durch allmähliche Vorstülpung des Bauchfells einen von dem Processus vaginalis unabhängigen Bruchsack bilden, durch dessen Wand sie dann vom Processus vaginal. und Hoden getrennt sind. Kriterium bei der Operation: Der Bruchsack des erworbenen Leistenbruchs läßt sich als geschlossener Bauchfellfortsatz von dem

Samenstrang und Hoden ablösen, derjenige des angeborenen nicht. Diese Anschauungen haben die wenigen Autoren, die anderer Meinung waren, nicht ihrer allgemeinen Gültigkeit berauben können. Besonders W. Koch hat in einer Reihe von Arbeiten[1] aufs entschiedenste die Anschauung verfochten, daß sämtliche Eingeweidebrüche »im und am Becken« angeboren sind und betont, daß eine befriedigende Lösung der Bruchfrage nur mit Hilfe der Entwicklungsgeschichte und vergleichenden Anatomie zu erreichen sei.

Ausgehend von der Erfahrung, daß es mir in einer großen Anzahl von Leistenbrüchen, die ich zu operieren Gelegenheit hatte, bei genügender Sorgfalt immer gelang, den Bruchsack zu isolieren, selbst in Fällen, wo es sich um wenige Wochen alte Kinder handelte und bei bestehendem Kryptorchismus, kam ich zur Überzeugung, daß der Bruchsack des Leistenbruchs unter allen Umständen ein vom Processus vaginalis gänzlich unabhängiges Gebilde sei. Es lag daher der Gedanke nahe, Spuren oder Rudimente desselben auch dort zu suchen, wo klinisch keinerlei Anzeichen eines Bruches vorlagen. Ich habe daher in letzter Zeit in 9 Fällen einseitigen Leistenbruchs, die ich operierte, auch auf der klinisch gesunden Seite auf die Anwesenheit von Bruchsäcken gefahndet, dasselbe auch in einem Falle von beiderseitiger Hydrokele getan. Obwohl somit die Anzahl der Untersuchten eine sehr geringe ist, im ganzen 10 Fälle, entschließe ich mich, das Resultat schon jetzt mitzuteilen, da der Befund mir eindeutig und positiv erscheint.

In 5 Fällen fand ich auf der gesunden Seite einen wohlausgebildeten kleinen, schmalen und völlig leeren Bruchsack, oder richtiger Peritonealfortsatz. In dem am wenigsten prägnanten Falle war er etwa $1^1/_2$—2 cm lang, in den anderen 3, 4 und 5 cm. Im übrigen trug er aber immer denselben Charakter: es war ein im Verhältnis zu seiner Länge sehr schmaler unzweifelhafter Peritonealfortsatz, der, an seiner Spitze eröffnet, eine Sonde in den Bauchraum eindringen und sich bis an seine Basis am Peritoneum vom Samenstrang leicht loslösen ließ. Er lag in allen Fällen an der Außenseite des Samenstranges. Der Bruch (auf der anderen, kranken Seite) trug 4mal den Charakter des schrägen, einmal den des geraden Leistenbruchs. In den 4 anderen Fällen von einseitigem Leistenbruch fand ich auf der gesunden Seite keinen Peritonealfortsatz; entweder ging das Bauchfell glatt auf den Samenstrang über oder es bildete eine unbedeutende, im Verhältnis zu ihrer Länge breitbasige Vorwölbung, die nichts Beweisendes hatte. Die gleichen Verhältnisse fand ich auf der rechten Seite der beiderseitigen Hydrokele; auf der linken dagegen ließ sich ein zwar ziemlich breitbasiger, aber immerhin ausgesprochener Fortsatz von etwa 2 cm Länge nachweisen. In allen 4 Fällen, wo der Peritonealfortsatz fehlte, handelte es sich um ältere, schon im Mannesalter stehende Leute, die ihren Bruch schon jahrelang trugen. Dagegen betrafen 4 von den positiven Befunden ganz jugendliche Individuen, zwischen 17 und 12 Jahren, die ihr Bruchleiden erst wenige Wochen kannten. Auf der kranken Seite fand sich bei ihnen ausnahmslos Netz im Bruch. Der Bruchsack entsprach in seiner Form

[1] Wann entstehen und was bedeuten Eingeweidebrüche des Rumpfendes. Virchow's Archiv Bd. CLXIV. Hft. 1.

Die Entwicklungsgeschichte der Dickdarmbrüche. Arbeiten der chirurg. Universitätsklinik Dorpat. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1899.

Die angeborenen ungewöhnlichen Lagen und Gestaltungen des menschlichen Darmes. Arbeiten der chirurg. Universitätsklinik Dorpat. Dorpat 1903 und 1904. Hft. V. Erste und zweite Hälfte.

Vgl. auch Waldeyer, Gedenkschrift für Leuthold, herausgegeben v. Schjerning, Bd. II, p. 55.

durchaus demjenigen der klinisch gesunden Seite und war nur seiner größeren Länge entsprechend breiter. Er lag einmal, obwohl es sich um einen schrägen Bruch handelte, an der Innenseite des Samenstrangs. Nur in einem Falle mit positivem Befund handelte es sich um einen 40jährigen, der seinen Bruch vor etwa 4 Monaten bemerkte. Es war der kleinste von den gefundenen Peritonealfortsätzen.

Das Aufsuchen der Fortsätze verlangt besondere Aufmerksamkeit und einige Übung. Ich bin so vorgegangen, daß ich die Aponeurose des Obliqu. extr. über dem Samenstrang in Ausdehnung von etwa 3 cm spaltet, dann die natürlich unverletzte Muskulatur des Oliquus intern. und des Transversus mit stumpfem Haken empor- und den Samenstrang herabzog. Auf diese Weise läßt sich die Austrittsstelle des Samenstrangs aus dem Peritoneum zugänglich machen. Bei genauem Zusehen bemerkt man den weißlich schimmernden Fortsatz, kann ihn fassen, und wenn dies geglückt ist, leicht isolieren. Findet man ihn nicht gleich, so müssen die Gebilde des Samenstrangs vorsichtig auseinander gebreitet und abgesucht werden. Der gefundene Fortsatz wird unterbunden und abgeschnitten, der Schlitz in der Aponeurose durch einige Nähte geschlossen. Den Leistenkanal kann man durch eine Naht verengern, ich habe das für überflüssig gehalten.

Ich muß betonen, daß die Enge und verhältnismäßige Länge der Peritonealfortsätze — ihr Lumen wurde durch die eingeführte Hohlsonde völlig oder fast völlig ausgefüllt — eine mechanische Entstehung derselben zweifellos ausschließt. Zudem fanden sie sich völlig leer. Sie konnten daher nur durch eine dem Peritoneum innewohnende, selbständige Entwicklung entstanden, nicht durch zufällige äußere Anlässe bedingt sein, müssen also zweifellos als angeborene bezeichnet werden. Fällt mit der Anerkennung dieses Faktums das Dogma von dem Unterschiede zwischen erworbenen und angeborenen Leistenbrüchen, so liegt andererseits kein Grund vor, dem Processus vaginalis überhaupt eine Rolle bei der Entstehung der Leistenbrüche zuzuschreiben. Denn die mitunter scheinbar unmögliche Loslösung eines selbständigen Bruchsackes von der Tunica vaginalis testis propria kann leicht durch die äußerste Zartheit dieses Bruchsackes und seine feste Verbackung mit der Tunica erklärt werden, besonders wenn der Operateur unter dem Einfluß des herrschenden Dogmas stand, daß beim angeborenen Leistenbruch Hoden und Bruchinhalt in einem gemeinsamen Bruchsacke stecken. Ebensowenig kann der Befund des scheinbar offenen Processus vaginalis (P. Camper, Feré, Zuckerkandl) als beweisend für die Rolle desselben in der Ätiologie des Leistenbruchs gelten. Ich kann mir über die Untersuchungen dieser Autoren leider kein eigenes Urteil bilden, da mir die Originalartikel nicht zugänglich sind, halte es aber für sehr wahrscheinlich, daß der neben dem Processus vaginalis liegende offene Peritonealfortsatz für den nicht verschlossenen Scheidenfortsatz des Hodens gehalten wurde. Auf jeden Fall macht das Vorhandensein des Peritonealfortsatzes das Suchen nach anderen ätiologischen Momenten unnütz.

Ich wage es nicht zu entscheiden, ob die kleinen, von mir gefundenen Bauchfellfortsätze den Anlaß zur Bildung von manifesten Brüchen geben können, oder ob dazu von vornherein größer veranlagte Bruchsäcke nötig sind, wie sie sich auf der anderen, kranken Seite in unseren Fällen fanden. Denkbar wäre dieses nur unter Vermittlung des Netzes, das vielleicht imstande ist, allmählich die enge Eingangsöffnung dieser Miniaturbruchsäcke zu erweitern, in sie einzudringen und so dem Darm Pionierdienste zu leisten. Ob für das Eintreten des letzteren in den Bruchsack eine besondere Veranlagung seiner Mesenterien im Sinne Koch's notwendig ist, wage ich ebenfalls nicht zu entscheiden.

Ich glaube, daß meine Befunde einer Nachprüfung wert sind. An Leichen dürfte sie schwieriger sein als am Lebenden, hätte außerdem den Nachteil, daß das Fehlen des Bruches zu Lebzeiten nicht immer sicher sich feststellen ließe. Sehr wertvoll wären Untersuchungen am Neugeborenen, die aber kaum anders als nach vorheriger Injektion der Fortsätze vom Bauchraum aus mit einer Injektionsmasse zu bewerkstelligen sind. Derartige Untersuchungen müßten auf die ganze Bauchwand, sämtliche bekannten Bruchpforten, sowie auf den Situs peritonei Rücksicht nehmen. Ebenso unerläßlich sind entwicklungsgeschichtliche und vergleichend anatomische Untersuchungen, die vielleicht berufen sind, die noch immer dunkle und verwickelte Frage nach der Entstehung der Bauchbrüche überhaupt aufzuhellen.

Indem ich mir vollkommen bewußt bin, auf wenig zahlreichen Untersuchungen zu fußen, glaube ich doch keinen anderen Schluß aus meinen Befunden ziehen zu können, als daß

1) wenigstens sämtliche schrägen Leistenbrüche als Bruchsackanlage angeboren sind, und zwar in Form von Bauchfellfortsätzen, die dem Processus vaginalis dicht anliegen, und daß

2) keinerlei Gründe vorliegen, dem Processus vaginalis beim Zustandekommen des typischen Leistenbruches eine Rolle zuzuschreiben.

---

1) C. Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen einschließlich der Invalidenbegutachtung. II. Bd., II. Teil der 2. Auflage. Stuttgart, F. Enke, 1910.

Auch der Schlußband des großen T.'schen Werkes hat nicht lange auf sich warten lassen. Er bringt, mit allen Vorzügen seiner Vorgänger ausgestattet, die Verletzungen und Erkrankungen der Knochen, Gelenke, Muskeln, Fascien, Sehnen und Synovialsäcke, ferner die der Gefäße, der Mundhöhle, Hals-, Brust-, Bauch-, Harn- und Geschlechtsorgane. In die Bearbeitung dieser umfangreichen Gebiete hat sich T, nur mit Dr. C. Fr. Schmidt (außer einem kleinen Kapitel von Dr. v. Criegern) geteilt. Gerade dieser Band wird, da er die am häufigsten vorkommenden Verletzungen und ihre Folgen an Gliedmaßen und inneren Organen zur Darstellung bringt, bei der Begutachtung von Unfallserkrankungen von den Ärzten besonders häufig zu Rate gezogen werden und ihm mit seinem reichen Inhalt, kasuistischen Beiträgen, Gutachten und Reichsgerichtsentscheidungen, seinen zahlreichen Abbildungen namentlich auch von Röntgenaufnahmen ein vortrefflicher Wegweiser sein. Am Schluß bringt das Werk ein sorgfältiges Sach- und Namenverzeichnis aus seinen drei Bäden.

Wir können T. und seine Mitarbeiter zu der Neugestaltung und raschen Fertigstellung der 2. Auflage des Handbuchs nur beglückwünschen.

Kramer (Glogau).

---

2) Häberlin. Die Kinderseehospize und die Tuberkulosebekämpfung. 338 S. Leipzig, Dr. Werner Klinkhardt, 1911.

Dem Mangel an einer bis auf die neueste Zeit gehenden Darstellung der Kinderseehospize in Europa (letzte Übersicht 1880 von Uffelmann) hat H. abgeholfen.

Nach einem historischen Überblick bespricht er die in Frage kommenden Krankheitsgruppen, das Seeklima und seine Wirkungen, zum Teil auf Grund

eigener Untersuchungen. Bau, Einrichtung, Betrieb usw. werden eingehend behandelt und die einzelnen Hospize beschrieben.

Der Einfluß dieser Hospize — ein wichtiger Teil der allgemeinen Wohlfahrtspflege — auf Tuberkulose und Skrofulose ist klar dargestellt, und verdient das Werk, das mit Karten, Plänen und Ansichten reich ausgestattet ist, allgemeine Beachtung. Kraef (Zittau).

---

3) D. Kulenkampff. Kurzes Repetitorium der allgemeinen Chirurgie. Dritte gänzlich umgearbeitete Auflage. Mit Illustrationen. 180 S. Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1911.

Wie Verf. selbst im Vorwort betont, folgt die Darstellung im allgemeinen dem vorzüglichen Lehrbuch der Chirurgie von Lexer. Das Werkchen ist geschickt angelegt und bietet, soweit das bei der für ein Repetitorium vorgeschriebenen Kürze möglich ist, eine vollständige Übersicht und gute Orientierung über das mächtige Gebiet der allgemeinen Chirurgie. Die Übersichtlichkeit wird wesentlich erhöht durch den Fettdruck, mit dem auf besonders Wichtiges hingewiesen wird. Wer keine Zeit findet, große Lehrbücher zur Hand zu nehmen und doch Aufklärung sucht, der kann durch das vorliegende Werk, das entschieden zu den besten seiner Art zählt, wohl auf seine Kosten kommen. Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

4) Carrel. The treatment of wounds. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 25. 1910.)

C. ist der Ansicht, daß unsere bisherige Behandlung der Wunden sich noch werde verbessern lassen, so daß man vielleicht eine Wunde in einigen Stunden werde zur Heilung bringen können, deren Heilung zurzeit noch Tage in Anspruch nehme. Als Einleitung zu später zu publizierenden Versuchen bespricht Verf. hier kurz seine Beobachtungen über Wundheilung am Tier und weist besonders auf den Einfluß hin, den die Gestalt einer Wunde auf deren Heilung ausübt. Durch Färbung der Wundränder oder durch Experimentieren an normalerweise farbiger Tierhaut konnte er die Heilungsprozesse in ihren verschiedenen Stadien auf Millimeter genau berechnen. W. v. Brunn (Rostock).

---

5) Hans Hans. Erste Wundbehandlung durch Samariterhände. (Med. Klinik 1911. p. 411.)

Das Samariteröl Nilotan (Krewel & Co., Köln) besteht aus Balsamen (Perubalsam), Harzen (Gummi arabicum usw.), Pflanzenölen (Oleum lini usw.), etwas teerhaltigem Mineralöl (Paraffinum liquidum), Jodtinktur, Alkohol, Anästhesin oder p-Amidobenzoesäureäthylester. Der Samariter, der mit seiner Hand die Wunde nicht mehr berühren und ihre Reinigung ganz unterlassen soll, wird angewiesen, die Wunde und ihre Umgebung aus langhalsiger Flasche mit Nilotan zu übergießen, etwas Verbandgaze darüber zu breiten und eine Binde anzulegen. So sind beim ersten Verbinden Reibung und Zerrung der Verletzungsstelle vermieden, und der Arzt findet bei der sachverständigen Nachschau die Wunde gut vorbereitet.

Das Nilotanöl wirkt antiseptisch auf Wunde und Umgebung, ohne das Gewebe zu schädigen. Es lindert den Schmerz und gestattet stärkeren örtlichen Druck zur Blutstillung, erleichtert das Lösen des Verbandes, trägt den gröberen Hautschmutz in antiseptischer Umhüllung in die Verbandstoffe und öffnet dem Des-

inficiens des nachbehandelnden Arztes die Hautporen und die Wunde. Es wirkt selbst bei wochenlangem Liegen nicht schädlich.

Georg Schmidt (Berlin).

---

6) Joh. Kaczoinszky. Die postoperative Antisepsis. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIII. Hft. 4.)

K. hat bei Fällen von eitriger Appendicitis und eitrigen Adnexerkrankungen die Bauchhöhle ohne Drainage geschlossen und intramuskuläre Chinininjektionen angewendet. Unter dieser Therapie hat er auch bei diesen infektiösen Erkrankungen eine Prima intentio erzielt und den Pat. sowohl die schmerzhafte Nachbehandlung wie die spätere Hernienbildung erspart. Die Chinindosen, die er anwendet, betragen meist 0,75 pro dosi 3—4mal am Tage.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

7) Dahlhaus. Durch Jodipininjektionen veranlaßte Verkalkungen. (Zeitschrift f. Röntgenkunde u. Radiumforschung XIII. 2.)

Befund von zahlreichen dunklen Flecken auf den Röntgenplatten, die wegen vermuteter Nierenerkrankung gemacht wurden. Zuerst wurde der Befund falsch gedeutet. Bei Aufnahme in querer Richtung des Körpers ergab sich der oberflächliche Sitz, aus der Anamnese die Jodipinverordnung. Heister's Mitteilung (Zeitschrift für Röntgenkunde u. Radiumforschung XIII, 1) wird durch die vorliegende vollauf bestätigt.

Trapp (Riesenburg).

---

8) Broë. Intoxication jodique mortelle. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1911. Februar.)

Nachdem Verf. über die Idiosynkrasie gesprochen hat, welche gewisse Personen gegenüber dem Jod besitzen, schildert er einen Fall, in dem nach zweimaliger Jodpinselung tödlicher Ausgang erfolgte. Vor der Operation eines Leistenbruchs wurde das Operationsfeld mit Jodtinktur gepinselt, die Operation verlief ohne Störung; als der Kranke am anderen Tage über Brustschmerzen klagte, wurde die rechte obere Brusthälfte wiederum mit Jodtinktur bestrichen. Am nächsten Tage Fieber, ein über den ganzen Körper sich verbreitendes Erythem, Krämpfe, Diarrhöe, Strabismus und am folgenden Tage unter den Zeichen von Herzschwäche Tod. Die Obduktion ergab eine erhebliche Vergrößerung der Leber, Milz und Nieren. Verf. ist der Meinung, daß es sich um eine rapid verlaufende Vergiftung mit Jodtinktur gehandelt hat. Er schlägt vor, die offizinelle Jodtinktur nicht rein zum Bepinseln der Haut vor Operationen zu gebrauchen, sondern nachdem man sie zur Hälfte mit Alkohol verdünnt hat.

Herhold (Brandenburg).

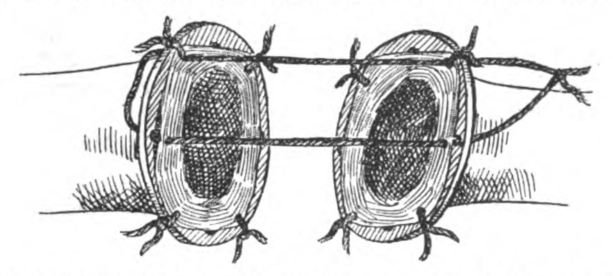
---

9) Lespinasse, Fisher and Eisenstaedt. A practical mechanical method of end-to-end anastomosis of blood-vessels. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 21. 1910.)

Die Verff. haben sich behufs der End-zu-End-Vereinigung von Blutgefäßen abgeflachter Magnesiumringe mit je einer Anzahl Perforationsöffnungen bedient, deren Anwendung aus der hier wiedergegebenen Figur hervorgeht.

Zahlreiche Versuche an Hunden haben ihnen die Brauchbarkeit dieses Verfahrens erwiesen.

Zur Vereinigung der Längswunden eines Blutgefäßes bedienten sie sich je zweier langer dünner Magnesiumplatten mit Perforationsöffnungen, die sich beim



Anziehen der Nähte platt gegeneinander legen und die Intima der Wundränder zusammenpressen. W. v. Brunn (Rostock).

---

10) Ant. Curcio (Rom). Suture, anastomosi artero-venose e trapianti vasali. (Policlinico, sez. chir. XVIII. 1. 1911.)

Nach einer kurzen aber erschöpfenden Übersicht über die bisherigen experimentellen und klinischen Erfahrungen bei Gefäßnaht und -anastomose berichtet Verf. über seine eigenen 52 Experimente, die von 1907—1908 meist nach den Vorschriften Carrel's ausgeführt wurden. Von 52 Versuchen ergaben 37 ein positives Resultat, die negativen Resultate sind auf technische Fehler zurückzuführen. Auf Grund der Versuche und der angeschlossenen histologischen Untersuchungen kommt Verf. zu nachstehenden Schlüssen:

Partielle und totale Gefäßnaht, sowie Gefäßanastomosen geben im Tierexperiment bei geeigneter Technik und peinlichster Asepsis gute Resultate. Mißerfolge (sekundäre Hämorrhagien und Thrombosen) sind durch Gefäßwandverletzungen und ungenügende Asepsis bedingt.

Die zirkuläre Gefäßnaht verspricht noch Erfolg, wenn der Gefäßdefekt nicht länger als 2—3 cm ist. Bei größeren Defekten ist ein Stück einer Vene einzuschalten, deren Naht unter starker Spannung eine sichere Thrombose bedingt. Diese Veneneinschaltung dürfte die ideale Methode zur Therapie des Aneurysmas sein.

Die Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen Arterie und Vene ist wertlos, weil die kleine Kommunikation fast virtuell und die hierdurch ermöglichte arterielle Welle so gering ist, daß sie bald verschwindet und den peripheren Kreislauf eher erschwert als erleichtert. Dagegen können die End-zu-End-Anastomosen wertvoll sein, besonders wenn die Gefäßwand noch nicht zu sehr verändert ist.

Bei Gefäßverletzungen ist die Naht stets der Unterbindung vorzuziehen, da durch die zirkuläre Naht auch bei eintretender Thrombose die Entwicklung eines Kollateralkreislaufs ermöglicht wird.

Bei der Heilung der Gefäßwunden kommt es zur völligen Regeneration der einzelnen Wandschichten und der elastiischen und muskulären Elemente, wobei auch transplantierte Venen Anpassung an die arterielle Funktion zeigen.

Die Unterschiede zwischen den guten experimentellen und den schlechten klinischen Resultaten sind auf ungeeignete Nahtmethoden und unpassendes Instrumentarium zurückzuführen, weiterhin auf den Umstand, daß es sich oft um verzweifelte Fälle handelt.

Vier Abbildungen auf einer Tafel und 167 Literaturangaben.

M. Strauss (Nürnberg).

---

11) **G. Perthes (Tübingen). Die Bedeutung der Gewebsverpflanzung für die Chirurgie.** (Med. Korrespondenzblatt des württembergischen ärztl. Landesvereins Bd. LXXXI. Nr. 7. 1911.)

Antrittsvorlesung, in welcher P. einen Überblick darüber gibt, unter welchen Bedingungen wir Verpflanzungen von Geweben ausführen können, welche praktischen Resultate damit erzielt werden, und welche Ausblicke in die Zukunft sich daraus ergeben. Mohr (Bielefeld).

---

12) **Eduard Streissler. Der gegenwärtige Stand unserer klinischen Erfahrungen über die Transplantation lebenden menschlichen Knochens.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 1.)

Verf. bringt einen guten Überblick über den heutigen Stand unseres Wissens auf diesem interessanten Gebiete, wobei er sowohl die einschlägige Literatur als auch die besonders reichen Erfahrungen der v. Hacker'schen Klinik seiner Besprechung zugrunde legt. Ein Referat dieses Sammelberichts ist natürlich auf knappem Raum nicht möglich, weshalb nur die Kapitelüberschriften den Inhalt andeuten mögen: I. Theoretische Grundlagen. II. Allgemeine Verhaltungsmaßregeln bei der Implantation (Vorbereitung, Quelle der Entnahme, Technik der Entnahme, Knocheneinpflanzung, Wichtigkeit der Asepsis, Nachbehandlung). III. Spezielle Technik und Anwendungsgebiet der Implantation: 1) Bei Defekten im Knochen (Höhlen, platte Knochen, Gesichtsknochen, Röhrenknochen, kurze Knochen); 2) zur Verlängerung eines Knochens; 3) bei Knochendeformitäten; 4) zur Versteifung von Gelenken (Arthrodese); 5) zur blutigen Fixation von Knochen als Knochenbolzung (bei Pseudarthrosen, bei frischen Frakturen); 6) zur Gelenkbildung und zum Gelenkersatz (einfache Implantation eines Knochens, eines Gelenkendes, eines ganzen Gelenkes); 7) bei Plastiken an verschiedenen Körperstellen (Gesicht, Nase, andere Teile). IV. Weiteres Verhalten des implantierten Knochens. V. Die histologischen Veränderungen am transplantierten Knochen.

Bei letzterem Kapitel bringt Verf. genaue Beschreibungen von zwei eigenen Fällen, die zur Untersuchung gelangten und erläutert die Befunde durch vier farbige Tafeln. Auch die hieraus gezogenen Schlußfolgerungen eignen sich nicht zur kurzen Wiedergabe.

Im nächsten Abschnitt bringt Verf. zunächst eine tabellarische Übersicht, sodann eine genaue Mitteilung der Krankengeschichten der Fälle von freier Knochentransplantation aus der v. Hacker'schen Klinik. Es handelt sich im ganzen um 30 Fälle, bei denen an verschiedenen Körperstellen und zu sehr verschiedenen Zwecken eine Verpflanzung lebenden menschlichen Knochens vorgenommen wurde; mit einer Ausnahme handelte es sich hier um Fälle von »Autotransplantation«. 60 Textfiguren veranschaulichen die Verhältnisse.

Im letzten Kapitel wird noch in knapper Form eine Übersicht über die einschlägigen Literaturfälle geboten, alphabetisch nach den Namen der Autoren geordnet. Es handelt sich hierbei um 159 Autotransplantationen und um 32 Homotransplantationen.

Am Schluß der Arbeit steht eine reiche Literaturübersicht (bis Ende 1909).

H. Kolaczek (Tübingen).

---

13) Sir W. Bennet. A post-graduate lecture on the treatment of venous thrombosis mainly from the surgical aspect. (Brit. med. journ. 1911. Januar 7.)

Verf. empfiehlt die Unterbindung frisch thrombosierter Venen dicht oberhalb des Thrombus zur Vermeidung von Embolien und führt mehrere Fälle aus seiner Erfahrung für den guten Erfolg an. Als inneres Mittel empfiehlt er bei Thrombose mit Gefahr der Embolie das salzsaure oder milchsaure Kalzium, obwohl die Anwendung dieses Gerinnung befördernden Mittels paradox erscheint. Er erwartet aber gerade von der Vermehrung der Gerinnung ein festeres Haften des oft lockeren und darum um so gefährlicheren Thrombus. Die Gefahr der Thrombose in varikösen Venen, die gewunden und sackartig erweitert sind, ist gering. Die kollateralen Venen, die sich nach Thrombosierung eines oberflächlichen Hauptstammes meist entwickeln, sind ungeeignet zur Operation, weil sie sich an anderer Stelle neu bilden müssen und weil ein sehr lästiges Ödem folgt wegen Verhinderung des kollateralen Kreislaufs. Gegen diese Tatsache wird oft gesündigt. Ist die akute Thrombosierung einer oberflächlichen Vene an den Beinen genügend lange her, so ist eine leichte Massage ungefährlich und wohl am Platze. Die beste Anzeige für den Zeitpunkt der Massage ist schnelle Entleerung der Venen in wagerechter Beinlage. Ist diese Entleerung wesentlich verzögert, so beweist dies das Vorhandensein von Thromben, die den Weg versperren und sich durch Massage lösen könnten.

Weber (Dresden).

---

14) Davis. Primary multiple malignancy. (Surgery, gynecol. and obstetr. XII. 2.)

D. teilt einen Fall mit, bei welchem gleichzeitig ein Hautkrebs vom Krompecher'schen Typus (Carcinoma epitheliale adenoides) und ein Adenokarzinom des Uterus bestanden. Der Hautkrebs hatte keine Metastasen gemacht, wohl aber der des Uterus, in dessen Umgebung sich zahlreiche, die Beckenorgane durchsetzende Geschwülste fanden von gleichem Bau wie der Uteruskrebs. Da beide Krebse sich auch im histologischen Bau der Epithelien unterschieden, ist die gleichzeitige Entstehung zweier ganz verschiedenartiger bösartiger Geschwülste im selben Körper hier sicher erwiesen. Trapp (Riesenburg).

---

15) Rosa Einhorn (Lodz, Rußland). Bericht über 30 Tetanusfälle. Inaug.-Diss., Freiburg i. B., 1910.

Verf. hat die in der Straßburger Univ.-Klinik in den Jahren 1895—1909 zur Beobachtung gekommenen Tetanusfälle, im ganzen 30, bearbeitet. Aus der Besprechung der Fälle ist erwähnenswert, daß das Reichsland zu den relativ häufig von Tetanus betroffenen Ländern gehört, ferner daß bei fast allen Verletzungen, in deren Gefolge Tetanus auftrat, eine große Gewalt eingewirkt hatte, während er nur in 3 Fällen nach oberflächlichen Verletzungen sich zeigte, und daß die Inkubationszeit nach Kopf- und Oberarmverletzungen eine kürzere war wie nach Wunden an den weiter peripheren Regionen des Körpers, an den Fingern, Beinen und Füßen. Ein Fall ist nicht nur wegen seiner kurzen Inkubationszeit (1 Tag), sondern auch deshalb besonders bemerkenswert, weil er trotz der Kürze der Inkubation zur Heilung kam; denn bekanntlich ist die Prognose des Tetanus im allgemeinen um so schlechter, je kürzer die Inkubationszeit. Was die Resultate der Antitoxinbehandlung betrifft, so ist in der Straßburger Klinik bisher jeder Verletzungsfall, wo prophylaktische Injektion angewandt wurde, von Tetanus

frei geblieben. Ref. kann dem hinzufügen, daß auch in der Leipziger chirurgischen Klinik bis zur Beendigung seiner Assistentenzeit, d. i. bis zum 1. April 1910, die gleich günstigen Erfahrungen mit der prophylaktischen Tetanusinjektion gemacht wurden. Den nach Ausbruch des Tetanus ausgeführten Seruminjektionen kann dagegen auch nach den Erfahrungen der Straßburger Klinik kein ausschlaggebender Einfluß auf den Verlauf der Krankheit zugesprochen werden.

Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

16) **R. Abry. Les sérums gélatinés dans l'étiologie du tétanos.** Thèse de Montpellier 1910.

A. hat Gelatineproben verschiedenster Herkunft bakteriologisch untersucht und verschiedene Bakterien, jedoch niemals Tetanuskeime gefunden. Nach seinen Experimenten hält A. es für möglich, daß in einem Teil der Fälle von Tetanus nach Gelatineeinspritzung ein bereits latent vorhandener Tetanus durch die Gelatineeinspritzung zum Ausbruch kommt, indem die Gelatine die Phagocytose hemmt und infolgedessen den Sporen erlaubt, sich zur Reife zu entwickeln. Trotzdem ist es notwendig, die Gelatine exakt zu sterilisieren, doch sind die bisher gebräuchlichen Verfahren in ihrer Mehrzahl nach A.'s Versuchen ungenügend. Bei einer 2%igen Lösung muß Wasserdampf von 130° C mindestens $^1/_2$ Stunde oder solcher von 134° $^1/_4$ Stunde zwecks sicherer Zerstörung der Tetanuskeime einwirken.

Mohr (Bielefeld).

---

17) **E. Beck. The steroscopic radiograph as an aid to the surgeon.** (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 1.)

Vielfach wird der Röntgendiagnose noch Mißtrauen entgegengebracht. Das kommt daher, daß der Kliniker, der den klinischen Befund am Kranken kennt, nicht selbst die Röntgenaufnahme macht und ungeübt ist in Beurteilung der Bilder. Einfache Platten richtig zu deuten ist auch häufig schwer und führt durch die unvermeidlichen Verzeichnungen und Überschneidungen von Linien durch Größenveränderungen infolge der Projektion oft zu Irrtümern, gerade in der Hand des Ungeübten. Vermieden werden alle diese Fehler durch stereoskopische Bilder, die obengenannte Fehler abstellen, wie B. an Beispielen zeigt. Ihre Betrachtung mittels Prismen ist nicht schwer. Sie geben auf den ersten Blick einen Begriff von der Lage, Größe und Nachbarbeziehungen der Organe und sind sowohl für den Anatomen wie den Chirurgen ein sehr wichtiges Hilfsmittel. Mit moderner Technik ist die Herstellung nicht schwer.

Trapp (Riesenburg).

---

18) **Merkel. Ein neues Röntgenapparatsystem.** Zeitschrift f. Röntgenkunde u. Radiumforschung XIII. 2.)

Beschreibung eines von Dessauer angegebenen Induktors, bei dem die Regulierung der Spannung im Sekundärkreis nicht wie bisher durch Widerstände geschieht, die in den primären Stromkreis eingeschaltet sind, sondern durch eine Drosselspule, die auf dem Eisenkern sitzt und bei der die einzelnen Windungen ein- oder ausgeschaltet werden können. Die Drosselspule wirkt einerseits reduzierend auf die Stromstärke des Primärstromes, andererseits auf das Magnetfeld, indem sie den Eisenkern mit magnetisieren hilft und dadurch den Sekundärstrom verstärkt. Durch Ein- und Ausschalten der einzelnen Windungen läßt sich die Wirkung abstufen. Durch den Bau dieses Apparates, der äußerst einfach in der Handhabung ist, und bei dem sonstige Reguliereinrichtungen wegfallen, ist ein

wesentlicher Fortschritt in der Röntgentechnik gemacht, und durch die Billigkeit wird der Apparat, der namentlich für kleine Verhältnisse brauchbar ist, wesentlich zur Verbreitung des Röntgenverfahrens beitragen. Der Apparat arbeitet mit Hg-Unterbrecher und wird von den Veifa-Werken-Aschaffenburg gebaut.

Trapp (Riesenburg).

---

19) Schiller und O'Donnel. Induzierte Radioaktivität durch Röntgenstrahlen. (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

Verff. zeigen an einigen Versuchen, daß die durch Röntgenstrahlen erzeugte oder induzierte Aktivität länger als 30 Stunden von gewissen Substanzen gehalten wird und ähnlich der durch Radium erzeugten Aktivität langsam abklingt. Bei den Versuchen benutzten Verff. Röhren von möglichst gleichem Vakuum bei $14^1/_2$ Ampère und 110 Volt im primären, 25 Milliampère im sekundären Strom, Expositionszeit von 15 Minuten, Röhrenabstand von 30 cm. Glyzerinverdünnungen, Chininlösungen, Chinin-Glyzerinlösungen, eine Suspension von Bariumplatincyanür in Glyzerin-Chininlösung wurden in offenen Glasschalen den Röntgenstrahlen ausgesetzt, danach in Kondoms gefüllt, dann durch 3 Stunden hindurch hochsensitiven photographischen Platten ausgesetzt. Als Objekt diente das Messer eines »Safety razor«. Die erste Lösung ergab kein Bild, die übrigen drei Lösungen gute bis sehr gute Bilder. Nach Vollendung dieses Versuches wurden dieselben Flüssigkeiten frischen Platten gegenüber ausgesetzt, und zwar 12 Stunden lang. Sämtliche Platten zeigten gute Bilder. In einem anderen Versuche wurden 20 Tropfen der dritten Flüssigkeit einem Meerschweinchen eingespritzt, dieses einer photographischen Platte ausgesetzt; nach 12 Stunden war das Meerschweinchen tot. Das Fußskelett war auf der Platte deutlich sichtbar.

Gaugele (Zwickau).

---

20) Kienböck. Die Radiotherapie der tuberkulösen Lymphome. (Arch. f. physikal. Medizin u. med. Technik V. 4. u. Röntgen-Taschenbuch Bd. III.)

Eine sehr interessante Mitteilung, die auf ausgiebiger Verwendung der Röntgenbehandlung der tuberkulösen Drüsen beruht. Die tuberkulösen Drüsen sind gegen Röntgenstrahlen mittelmäßig empfindlich, je jünger sie sind desto mehr. Sowohl geschlossene wie schon erweichte Drüsen, namentlich auch schon aufgebrochene und fistulöse kann man sehr erfolgreich röntgenotherapeutisch behandeln; die vereiterten und aufgebrochenen bieten im allgemeinen mehr Widerstand als geschlossene, die allerdings in sklerosiertem Zustand auch nur mäßig beeinflußt werden. Bisweilen machen tuberkulöse Lymphome eine Pseudoleukämie, die wohl durch Bestrahlung eine Zeitlang, oft mehrere Jahre, im Zaume gehalten werden kann, aber zahlreiche Rückfälle führen schließlich zum Tode, besonders durch Schwellung der Bronchial- und Mesenterialdrüsen, die ihres tiefen Sitzes wegen schwerer zu erreichen sind als z. B. Halsdrüsen. Bei Jugendlichen bieten namentlich letztere ein äußerst dankbares Objekt der Röntgenbehandlung, da besonders der kosmetische Effekt glänzend ist. Für jede Art sind Krankengeschichten angeführt. Die Technik ist genau mitgeteilt. Es sei dabei erwähnt, daß K. nach der Expeditivmethode, unter genauer Messung der Strahlendosis und Filtration derselben arbeitet. Die Strahlen wirken direkt auf das Drüsengewebe, das sie zum Zerfall bringen. Dadurch, daß die Geschwülste zerstört

werden, in welchen Stoffwechselprodukte entstehen, die das Allgemeinbefinden beeinträchtigen, geht auch das Fieber, die Veränderung des Blutes parallel mit dem Schwinden der Drüsen zurück. Eine Fernwirkung, wie sie von anderen beschrieben ist, hat Verf. nie wahrgenommen. Seiner Ansicht nach existiert auch kein Leukolysin. — Bei den einfachen, scheinbar operablen tuberkulösen Lymphomen wirkt die Bestrahlung energischer als die Operation, da kleine, der Operation unzugängliche Drüsen in der Umgebung der größeren, die durch späteres Wachstum Rückfälle veranlassen, mit zerstört werden. Der kosmetische Erfolg ist ideal bei richtiger Technik. Der Kranke hat noch den Vorteil, daß er kostspielige Bäderreisen nicht braucht und in seinem Beruf nicht gestört wird. K. weist noch hin auf die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen bei tuberkulösen Gelenkleiden. Trapp (Riesenburg).

21) **Ed. London. Das Radium in der Biologie und Medizin.** Mit 20 Abb. im Text. 6 Mk. Leipzig, Akad. Verlagsgesellsch., 1911.

Das vorliegende Buch soll nach der Einleitung eine Zusammenstellung der bisher über das Radium in seinen obengenannten Beziehungen bekannten Forschungen und deren Ergebnisse sein. Um es gleich vorwegzunehmen; der Zweck wird vollständig erreicht. Die in der Literatur weit zerstreuten Berichte sind gesammelt, nach einheitlichen Gesichtspunkten übersichtlich geordnet und so leicht zugänglich gemacht. Ein reiches Literaturverzeichnis ist angehängt. Ein kurzer geschichtlicher Überblick leitet das Kapitel über die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Radiums ein, diesem Kapitel folgt das über physiologische Eigenschaften. Leider ist noch unbekannt, warum die Radiumstrahlen auf die lebende Zelle wirken. Es werden dann nacheinander aufgezählt die Wirkung auf Bakterien, niedere Pilze, Fermente, Toxine und Antitoxine, Pflanzen und niedere Tierorganismen, Prozesse der normalen Entwicklung und Regeneration, einzelne Organe und Gewebe. Bei den Wirkungen auf Fermente usw. ist besonders die auf auf das Toxin des Wutgiftes hervorzuheben. Namentlich italienische und französische Forscher haben in dieser Hinsicht wichtige Arbeiten geliefert. Bei den Wirkungen auf höhere Lebewesen hat L. seine eigenen Forschungen über Wirkungen des Radiums auf das Auge etwas ausführlicher mitgeteilt. Im nächsten Teil wird die Therapie mit Radium und Emanation abgehandelt, und zwar radioaktive Heilmittel, Applikationsarten derselben, therapeutische Verwendung, Messung der Radioaktivität, Heilerfolge und Übersicht über die Emanationsanwendung. Man sieht namentlich aus dem letzten Kapitel, eine wie überraschend große Fülle von Anwendungsarten und Gebieten schon heute in diesem noch so jungen Zweig der Heilkunde existiert. Man kann L. nur Recht geben, wenn er in der Schlußbemerkung sagt: Sowohl in der Chemie wie in der Physik als auch auf dem Gebiet der Physiologie und in der praktischen Medizin hat die Entdeckung des Radiums und das Studium seiner Eigenschaften sehr befruchtend gewirkt. Auch in der Medizin nimmt das Radium, allein schon durch wirksame Bekämpfung oberflächlicher Affektionen, einen Ehrenplatz in der Reihe der vorhandenen therapeutischen Mittel ein. Auch die ausgedehnte und erfolgreiche Anwendung der radioaktiven Substanzen bei den verschiedensten akuten und chronischen Allgemeinerkrankungen berechtigt zu den schönsten Hoffnungen. Trapp (Riesenburg).

22) Davis. The treatment of scalping accidents. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

Bericht über 30 unvollständige und 91 völlige Kopfhautskalpierungen, welche D. aus der Literatur sammelte. Die Gewalt, die das Skalpieren hervorruft, wirkt gewöhnlich schräg von vorn nach hinten, die Trennung findet in dem losen subaponeurotischen Gewebe statt, Stücke von Periost werden gelegentlich mit entfernt. Was die klinischen Erscheinungen anbetrifft, so sind Schmerzen während des Skalpierens selbst nicht vorhanden, nach einigen Stunden treten sie jedoch ein. Die Blutung ist nicht sehr erheblich, Komplikationen sind Knochenbrüche, welche sich der Skalpierte beim Hinfallen zuzog, nachträgliche Infektionen und später Narbenverziehungen (Ektropium usw.), ferner Tetanus, Vergiftungen durch auf die Wundfläche gebrachte Medikamente (Jodoform usw.). Bei nicht völligen Skalpierungen soll man das Wiederanheilen der skalpierten Kopfschwarte versuchen, bei völligen Skalpierungen gelingt eine Anheilung fast niemals, und es besteht hier die Behandlung in Überpflanzen von Thiersch'schen Hautlappen. Es ist besser, die Transplantation nicht sofort auszuführen, die Granulationen brauchen nach D. nicht abgekratzt zu werden. Die Kopfwundfläche bepinselt Verf. vor der Transplantation mit Jodtinktur, darüber reibt er eine Mischung von Perubalsam und Rizinusöl, dann wird wieder alles entfernt und eine Bespülung mit 3%iger Bor- oder Kochsalzlösung vorgenommen.

Herhold (Brandenburg).

---

23) Ehrlich. Zur Kasuistik der Deckelfrakturen des Schädeldaches. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 2.)

Der aus der Payr'schen Klinik in Greifswald mitgeteilte Fall betraf einen 6 Jahre alten Knaben, dem das Rad eines mit Torf beladenen Wagens über den Kopf gegangen war. Es fand sich hinter dem rechten Ohr eine 10 cm lange, schräg verlaufende, beschmutzte Wunde. In derselben und fast quer zu ihr verlaufend sah man einen klaffenden Knochenspalt. Wie die alsbald vorgenommene Operation zeigte, verlief derselbe horizontal rings herum um den ganzen Schädel, an der Stelle der Wunde als breiter Spalt, an der anderen Kopfseite nur als subperiostale Fissur. Der Schädeldach war also wie ein Deckel abgehoben, zeigte bei genauer Betrachtung im ganzen Pulsation, ließ sich niederdrücken, federte aber alsbald in seine frühere Lage zurück. Außerdem waren unterhalb des Spaltes hinter dem rechten Ohr dreieckige Knochenstücke eingedrückt. Hebung der letzteren, Säuberung der Wunde, Drainage und Tamponade führten in einem Monat zu völliger Heilung. — Anschließend bespricht Verf. die Mechanik dieses seltenen Schädelbruches.

H. Kolazcek (Tübingen).

---

24) Melchior. Über Hirnabszesse und sonstige umschriebene intrakranielle Eiterungen im Verlauf und Gefolge des Typhus abdominalis. (Zentralblatt f. d. Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie Bd. XIV. Nr. 1 u. 2. 1911.)

Die vorliegende Arbeit ist ein kritisches Sammelreferat und bildet die Ergänzung zu früheren Arbeiten über typhöse Abszesse der Leber, Niere und Milz. Außer nach dem Sitz der Erkrankung — eigentlicher Hirnabszeß, extraduraler Abszeß, umschriebene intrameningeale Abszesse — schlägt Verf. eine Einteilung nach ätiologischen Momenten vor, und zwar unterscheidet er:

1) Abszesse im Gefolge einer komplizierenden Otitis media;
2) metastatische (pyämische) Abszesse;
3) Abszesse ohne nachweisbaren primären Eiterherd im übrigen Organismus.

Für eine chirurgische Therapie kommen nur Erkrankungen sub 1 und 3 in Betracht. Wichtig für die Praxis erscheint, bei unklaren zerebralen Symptomen im Verlauf eines Typhus stets an die Möglichkeit eines Hirnabszesses zu denken. Die chirurgische Therapie ist nicht undankbar; von sechs operierten Pat. kamen drei zur Genesung. Lindenstein (Nürnberg).

25) **Henke. Ein Beitrag zur Prognose und Kasuistik der otitischen Hirnabszesse.** Inaug.-Diss., Breslau, 1910. Wiesbaden, J. F. Bergmann.

Die Anschauungen über die Aussichten der operativen Heilung des otogenen Hirnabszesses sind in den letzten Jahren immer pessimistischer geworden. Macewen gab noch 80% Heilung durch die Operation an; dann kamen Schwartze, Broca-Mauriac, Hammerschlag, Röpke und Oppenheim mit 46 bis 50% Heilungen. Später hielten Heimann und besonders Körner diese Zahlen noch für zu hoch, weil vorzugsweise günstig verlaufende Fälle veröffentlicht würden und weil nach Körner auch die beobachteten, aber nicht eröffneten Abszesse herangezogen werden müßten. Die diesen Forderungen entsprechenden Statistiken von Heine und Hegener berechnen 15 bzw. 21% Heilungen.

Zur Erweiterung einer derartigen Statistik zieht Verf. nun 24 otitische Hirnabszesse heran, die von 1904—1910 in der Breslauer Universitäts-Ohrenklinik und von 1900—1910 in der Ohrenabteilung des Breslauer St. Josephkrankenhauses beobachtet wurden. Von diesen 24 Hirnabszessen wurden 5 = 21% geheilt, und zwar nur Großhirnabszesse, währen alle 7 Kleinhirnabszesse zum Tode führten, was den Zahlen aus anderen Kliniken annähernd entspricht. Für 65 rhinogene Hirnabszesse berechnete Gerber die Heilungsziffer auf 13,8%.

Die Todesursache ist meistens eine den Abszeß begleitende oder durch ihn bedingte Meningitis, ferner Encephalitis, Atmungslähmung (bei Kleinhirnabszessen) oder Sinusphlebitis.

Daß trotz der Eröffnung eine Reihe von zunächst noch unkomplizierten Abszessen durch solche Komplikationen den Tod herbeiführt, liegt daran, daß die Drainage trotz verschiedener Versuche nicht genügend ist.

Bei den Fällen des Verf.s war 19mal chronische, 5mal akute Otitis media der primäre Krankheitsherd.

Verf. bespricht dann die Symptome bei seinen Fällen und schließt seine Arbeit mit einer kurzen Wiedergabe der Krankengeschichten. Erwähnt sei noch, daß nach Verf. bei Verdacht auf otitische intrakranielle Komplikation das Auftreten subnormaler Temperatur auf Hirnabszeß deutet.

Brunk (Bromberg).

26) **J. M. Clarke (Bristol). Cerebrospinal syphilis.** (Bristol med.-chir. journ. Vol. XXIX. 1911. März.)

Verf. berichtet über einen Fall von gummöser Meningitis cerebralis, in welchem wegen der Schmerzen und der Erblindung (infolge von Neuritis optica) eine Trepanation vorgenommen wurde. 38jährige Pat.; seit 2 Jahren Anfälle von Kopfschmerzen und Erbrechen, später häufige Anfälle von vorübergehender Amaurose, Schwindelgefühl und Zuckungen in den linken Arm- und Beinmuskeln. Vorübergehende Besserung durch antiluetische Behandlung. Knochengumma in der

Gegend der rechten äußeren Protuberantia occipitalis; die in dieser Gegend vorgenommene Trepanation ergab starke Verdickung und Eburneation des Knochens, Verwachsungen der Dura mit dem Knochen; nach Inzision der Dura fand sich die Hirnrinde diffus von granulierendem Gewebe durchsetzt; das in möglichster Ausdehnung entfernt wurde. Schluß der Wunde. Glatte Heilung. Unmittelbar nach der Operation hörten Kopfschmerzen und Erbrechen auf, die Amaurose ging am Tage darauf zurück und schwand nach einigen Wochen fast vollständig. Die Heilung hielt 15 Monate an; dann traten die alten Symptome wieder auf, gleichzeitig mit linkseitiger Hemiplegie, und Pat. starb 2 Jahre später.

In einem zweiten operativ behandelten Falle handelte es sich um kongenitale Lues des Rückenmarks, welche bei dem 21jährigen Manne erst seit 2 Jahren Symptome machte: Kopfschmerzen, Schwäche in den Beinen, die sich zu völliger Lähmung steigerte; Verlust der Sensibilität unterhalb des IV. Dorsalsegments, Blasen- und Mastdarmlähmung, konstanter Priapismus, Steigerung der Kniereflexe. Das Symptomenbild deutete auf Gumma oder umschriebene Flüssigkeitsansammlung im Mark hin. Daher wurde, nachdem alle anderen Mittel erfolglos geblieben waren, das Mark durch Laminektomie der oberen Dorsalwirbel freigelegt. Nach Spaltung der normalen Dura fand sich eine diffuse Leptomeningitis, das Mark selbst weich und hyperämisch. Glatte Heilung. Abgesehen von dem Schwinden des Fußklonus keine Besserung. Tod nach einigen Wochen. Die Sektion ergab eine gummöse Leptomeningitis fast in ganzer Ausdehnung des Marks.

Mohr (Bielefeld).

---

27) **Baum.** Kavernöses Angiom des Gehirns, mit Erfolg operiert.

Aus der Kgl. chirurg. Klinik zu Kiel (Prof. Dr. Anschütz). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.)

Auffallend war in dem mitgeteilten Falle der völlig symptomlose Verlauf, trotzdem das Angiom im Bereiche der Zentralwindung saß; ganz plötzlich traten bei dem 21jährigen Pat. äußerst stürmische Erscheinungen ein — völlige Bewußtlosigkeit, klonische Zuckungen im Facialisgebiet beiderseits, dann auch in dem rechten Arm und Bein. Wegen Verdachts auf eine auf die Zentralwindung drückende Cyste oder Geschwulst sofort Operation: Bildung eines Haut-Periostlappens über der Zentralwindung, Umstechungsnaht, Durapulsation sehr gering; nach Wegnahme des Knochens Eröffnung und Zurückklappen der Dura, Punktion der stellenweise sulzig verdickten Pia, Gehirnrinde glatt, verdünnt. Nach Einschnitt zeigt sich unter ihr ein walnußgroßes, blaugefärbtes, abgekapseltes, nur mit einem Strang in die Tiefe gehendes kavernöses Angiom, das nach Durchtrennung des Stranges ausgelöst wird; Stillung der Blutung durch Tamponade usw. Pat. überstand den Eingriff ausgezeichnet; eine kurzdauernde Schwäche der Gliedmaßen und Sprachstörung waren die einzigen Ausfallserscheinungen. Rasche Heilung; 1 Jahr später Periostknochenplastik nach Garrè-Hacker zum Verschluß der großen Schädellücke, 14 Tage später Tod des Pat. an Pneumonie. Kein Rezidiv.

Kramer (Glogau).

---

28) **Langdon and Kramer.** Brain tumor of psychomotor area.

(Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 23. 1910.)

Eine 39 Jahre alte Dame, die in früher Jugend eine Verletzung der linken Scheitelgegend mit einer Krocketkugel erlitten hatte, aber ohne irgendwelche Folgen davon zu spüren, erkrankte 2 Jahre vor der Aufnahme mit Krämpfen

im rechten Arm und Bein, wobei sich in letzter Zeit zugleich Bewußtlosigkeit einstellte. Etwa 20 Anfälle in diesen 2 Jahren. Seit 2 Wochen Gesichtshalluzinationen, zuletzt fast völlige dauernde Lähmung von rechtem Arm und Bein.

Durch zweizeitige Operation wurde eine 55 mm lange, ovale Geschwulst im mittleren Drittel des linken Gyrus praecentralis aufgefunden und exstirpiert. Pat. konnte bereits 8 Tage später nach Hause entlassen werden, kann 1 Jahr später ohne Hilfe stehen und gehen und den rechten Arm benutzen; nur der Gebrauch der Hand ist noch mangelhaft. Keine Anfälle mehr. Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

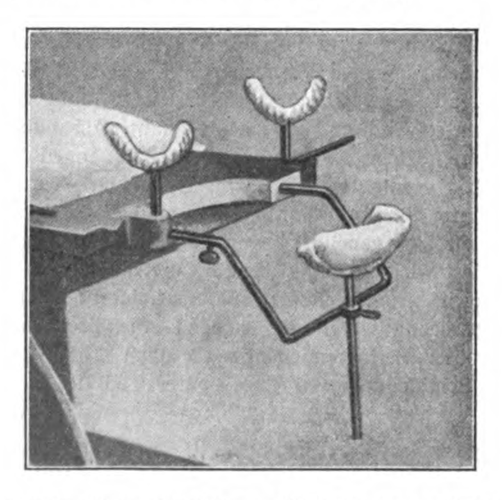
29) Weisenburg. Exophthalmos in brain tumor. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 23. 1910.)

Krankengeschichten von acht eigenen Beobachtungen unter Beigabe mehrerer Photogramme.

Exophthalmus ist häufiger, als man wohl im allgemeinen annimmt, eine Begleiterscheinung bei Hirngeschwülsten. Er tritt dann nur bei hochgradigem Hirndruck auf, besonders wenn der Abfluß der Zerebrospinalflüssigkeit zugleich irgendwo direkt unterbrochen ist. Er wird durch direkten Druck auf den Sinus cavernosus hervorgerufen. Einseitiger Exophthalmus zeigt so gut wie stets das Vorhandensein einer intrakranialen Veränderung eben dieser Seite an. Beim Bestehen eines doppelseitigen Exophthalmus ist die Protrusio bulbi fast stets auf derjenigen Seite besonders stark ausgeprägt, auf der in der Schädelhöhle die Ursache selbst zu suchen ist.

W. v. Brunn (Rostock).

30) Smith. An apparatus for supporting and holding the head and shoulders in cerebellar and high spinal operations. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 22. 1910.)



Der durch die beigefügte Abbildung erläuterte Apparat hat sich dem Verf. in der Praxis bewährt.

W. v. Brunn (Rostock).

31) **M. Robineau. Trépanation cranienne décompressive pour tumeur de la base. Rapport par M. Auvray.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVII. Nr. 9. 1911. März 7.)

Nach einem geschichtlichen Überblick über die Palliativoperation bei Hirngeschwülsten wird die Frage erörtert, was die Lumbalpunktion und was die palliative Trepanation des Schädels zu leisten imstande ist. Trotz der Gefahren, welche die Lumbalpunktion mit sich bringen kann, ist sie nicht prinzipiell zu verwerfen. Denn mit Vorsicht und strikter Indikation lassen sich üble Zufälle vermeiden. Das hauptsächlichste Argument, das man gegen die Lumbalpunktion anführen kann, ist ihre Nutzlosigkeit. Trotzdem kann man sie mit der nötigen Vorsicht ausführen, wenn die Anfänge der Hirndruckerscheinungen vorliegen oder wenn man, bei Unklarheit über die Natur des Leidens, die Probe einer antisyphilitischen Behandlung abwarten will. Sie kann ferner die Diagnose sichern. Wenn sie Erleichterung schafft und gut vertragen wird, wird man sie so lange wiederholen können, bis die Wirkung ausbleibt. Dann aber, oder wenn eine Zunahme der zerebralen Beschwerden und Erscheinungen eintritt, muß man unverzüglich zur Palliativtrepanation des Schädels seine Zuflucht nehmen. Es wäre außerdem unverzeihlich, wenn man mit dem Abwarten des Punktionsresultates bei Pat., deren Augenlicht in Gefahr ist, Zeit verlieren würde; denn es ist bekannt, wie schnell in gewissen Fällen ödematöse Zustände des Nervus opticus in unheilbare Störungen übergehen können. In gewissen Fällen kann die Lumbalpunktion direkt irreführende Resultate geben, wenn nämlich eine genügende Kommunikation zwischen Subarachnoidealräumen des Schädels und des Rückenmarks fehlt.

Die dekompressive Trepanation ist bei der modernen Technik eine nahezu gefahrlose Operation. Die älteren und die modernen Statistiken zeigen, daß die Mortalität bei der Operation auf ein Minimum reduziert ist. Und wäre es auch anders, ohne die Operation wären die meisten der Leidenden unrettbar verloren. Die durch die palliative Trepanation erzielten Erfolge sind in bezug auf Beseitigung der Schmerzen und Vermeidung der Erblindung sehr günstig. Auch psychische Störungen, Erbrechen, Schwindelanfälle, Krämpfe, zerebrale Lähmungen werden vermindert oder ganz beseitigt. Selbst in komatösen Zuständen ausgeführt, hat die Operation das Bewußtsein wiedergebracht. Hauptsächlich aber verdienen die Augenstörungen und ihre Änderungen nach der Operation unsere Aufmerksamkeit. Die Veränderungen an der Papille im Gefolge von Hirngeschwülsten sind zunächst nicht entzündlicher Natur, sondern nur durch Ödem und Hyperämie charakterisiert. Erst später tritt eine leukocytäre Infiltration im Verein mit Bindegewebsproliferation auf, die schließlich auf Atrophie der Papille hinausläuft. Aus dieser Tatsache ergibt sich die Notwendigkeit, die Trepanation auszuführen, bevor die Schädigung des Opticus eine definitive wird. Denn sind erst einmal atrophische Zustände vorhanden, dann ist nichts mehr zu erwarten. Das geht aus den Statistiken von De Lapersonne, Röhmer, v. Hippel, Spiller und Trocmé hervor. Die Lokalsymptome bleiben sehr oft nach der Trepanation bestehen, mitunter aber werden sie nach der Druckentlastung deutlicher, so daß dies eine topographische Diagnose erleichtern kann. An der Hand der Statistiken von v. Bergmann und Cushing wird das prozentuale Verhältnis der gebesserten Fälle und die Dauer der Besserung dargelegt. Bei Rezidiven kommt entweder die Punktion des Hirnbruchs oder eine zweite Trepanation in Betracht. Nach Erörterung der operativen Technik kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß

die druckentlastende palliative Trepanation bei inoperablen Hirngeschwülsten in demselben Maße bewertet werden muß, wie die Gastrostomie beim inoperablen Speiseröhrenkrebs oder der Kunstafter bei inoperablem Darmkrebs.

G. E. Konjetzny (Kiel).

32) **Tuffier, Savariaud, Broca, Potherat, Auvray. Sur la trépanation décompressive.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVII. Nr. 10. 14. März 1911.)

Tuffier. Die Lumbalpunktion bei Hirndruck infolge Hirngeschwulst gibt nur vorübergehende Erfolge. Der Liquor restituiert sich sehr rasch. Man ist nicht immer sicher, daß der intrakranielle Druck dem Liquordruck bei der Lumbalpunktion entspricht. Einmal können Fettstückchen oder ähnliches den Abfluß beeinflussen und hindern, dann aber kann eine Drucksteigerung im Schädel vorhanden sein, innerhalb des Rückenmarkskanals nicht. T. sah Fälle von zerebraler Infektion, ohne daß der Liquor spinalis daran Teil hatte. Diese Fälle sind selten, aber man muß ihnen Rechnung tragen. Die druckentlastende Kraniektomie hat vielleicht kürzeren Dauererfolg als man sagt. T.'s Patt., bei denen die Hirngeschwulst nicht entfernt werden konnte, starben alle im Laufe des folgenden Jahres. Die funktionelle Besserung ist anfangs unleugbar vorhanden, aber nicht von Dauer. Die Palliativtrepanation ist eine Methode, zu der man sich entschließt, die man aber nicht frei wählt. Sie ist nicht frei von unmittelbaren Gefahren. Trotz sorgfältiger Technik ist T. ein Pat. auf dem Operationstisch nach Eröffnung des Schädels gestorben. Er stellt folgende Indikationen auf: Ist eine Lokalisation des pathologischen Prozesses gar nicht möglich, so ist die palliative Druckentlastung oder die Punktion die einzige in Frage kommende Behandlungsmethode; ist die Seite bekannt, dann breite Kraniektomie auf dieser, die erst nach gründlicher Untersuchung im Falle vergeblichen Suchens als palliative gelten darf; ist die Lokalisation bekannt und die Geschwulst entfernbar, dann deren Exstirpation; deutet die Lokalisation auf eine sehr schwer zu entfernende Geschwulst, dann kann man zwischen einer palliativen Operation und einem radikalen Eingriff schwanken.

Savariaud hält es nicht für gleichgültig, wo man bei Hirndruck trepaniert. In einem Falle von Kleinhirnabszeß hatte die Lumbalpunktion keine Druckerhöhung ergeben, die Trepanation in der Temporalgegend nur eine sehr mäßige, während nach Eröffnung der Kleinhirngrube das Kleinhirn eine bedeutende Protrusion aufwies. Wenn eine Geschwulst vorgelegen hätte, würde man auch nur durch Trepanation des Hinterhauptes eine Druckentlastung erzielt haben.

Broca geht auch bei tiefliegenden Geschwülsten gern bis zum äußersten, selbst auf die Gefahr hin, bei der Operation tödlichen Ausgang zu erleben, da man nie die Natur der Geschwulst voraussehen kann. Im Falle, daß eine gutartige Geschwulst vorliegt, hätte der Kranke so die Aussicht auf eine definitive Heilung. Die druckentlastenden Operationen sind nicht so harmlos. Wenn die Zeichen des Hydrocephalus internus begonnen haben, so führt die einfache Kraniektomie, wie sie technisch auch ausgeführt wird, oft innerhalb 20—30 Stunden mit beträchtlicher Hyperthermie zum Tode.

Potherat entleerte bei einem Pat. mit der Diagnose Ventrikelhydrops, durch Kleinhirngeschwulst bedingt, durch Hirnpunktion 30 ccm Liquor. Trotz des sehr einfachen Eingriffes trat im Gefolge dieses bedeutende Tachykardie, beträchtliche Temperaturerhöhung und nach 24 Stunden der Tod ein. Die

Obduktion ergab eine Geschwulst an der Decke des durch den vermehrten Liquor ausgedehnten vierten Ventrikels. Die Druckentlastung durch die Punktion hatte zur Folge, daß die Geschwulst nun auf den Boden des vierten Ventrikels und die entsprechenden Zentren drückte und so die Ursache des Todes wurde.

Auvray. In allen Fällen, in denen nur die Möglichkeit eines radikalen Eingriffes vorliegt, muß die Geschwulst entfernt werden. In den Fällen aber, in denen der Sitz der Geschwulst nicht zu eruieren oder so lokalisiert ist, daß die Geschwulst unmöglich selbst angegriffen werden kann, darf man den unglücklichen Kranken, die oft entsetzlich leiden, die Wohltat der druckentlastenden Operation nicht vorenthalten. Natürlich ist die Diagnose, wenn irgendmöglich, so weit zu präzisieren, daß man weiß, ob die Trepanation in der Großhirn- oder Kleinhirngegend auszuführen ist. Die Ventrikelpunktion ist nach einer Trepanation dann angezeigt, wenn die Erscheinungen des Hirndruckes wieder auftreten.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

33) E. Barth (Berlin). Therapeutisches Taschenbuch der Ohrenheilkunde. 15 Abbildungen. Mk. 4,—. Berlin, Fischer's med. Buchhandlung H. Kornfeld, 1911.

Verf. bringt auf 138 Seiten eine Übersicht über Anatomie, Physiologie und Erkrankungen des Gehörorgans. Es werden alle für den Praktiker wichtigen Verhältnisse kurz und im ganzen recht klar behandelt, so daß das Werk seiner Bestimmung als Taschenbuch durchaus entspricht.

Infolge der allzu großen Kürze verfällt auch dieses Buch, wie alle ähnlichen, dem Schicksal, in mancher wichtigen Frage den Leser doch im Stiche lassen zu müssen. So verdiente die folgenschwere und manchmal schwierige Differentialdiagnose zwischen Otitis externa und durchgebrochener Mastoiditis genauere Besprechung und Begründung. Ferner ist z. B. der Unterschied in der Bedeutung der zentralen und der randständigen Trommelfellperforationen zwar erwähnt, aber zu wenig erklärt, so daß der Lernende kaum volles Verständnis über Cholesteatomentwicklung usw. erlangen kann.

Die Behauptung des Verf.s, daß die anatomischen Grundlagen der durch akustische Traumen bedingten Schwerhörigkeit nicht näher bekannt sind, besteht heute entschieden nicht mehr zu Recht, nachdem Wittmaack und seine zahlreichen Nachfolger in umfangreicher Literatur sehr viel Klarheit in diese Fragen gebracht haben.

15 Abbildungen, zum größten Teil nach Broesicke, fördern die Anschaulichkeit der Darstellungen. Brunk (Bromberg).

---

34) Beyer. Über die vom Ohr ausgehende Blutvergiftung. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1910. Hft. 23.)

Die Schlußergebnisse der B.'schen ausführlichen Arbeit sind folgende. 1) Die otogene Pyämie hat ihren Ausgangspunkt von der Sinuserkrankung. 2) Die Behandlung hat in Beseitigung des primären Herdes sowie in Ausschaltung des erkrankten Gefäßabschnittes zu bestehen. 3) Die Jugularisunterbindung ist nur indiziert: a. bei Thrombose des Sin. transvers., wenn die Grenzen des Zerfalles zentralwärts nicht erreichbar sind, b. bei primärer oder sekundärer obturierender Bulbusthrombose und bei Erkrankung der Jugularis selbst, c. bei wandständiger Thrombose oder Phlebitis des Bulbus in schweren Fällen. Die Mortalität der

otogenen Pyämie schwankt zwischen 20—30%. Ein wesentlicher Einfluß der Jugularisunterbindung auf die Verhütung von Metastasen ist nicht zu erkennen.

Herhold (Brandenburg).

---

35) Scheibe. Le symptôme de la fistule; la labyrinthite post-opératoire; leur prophylaxie. (Semaine méd. 1911. Nr. 10.)

Die postoperativen Labyrintherkrankungen nach Ausräumung des Warzenfortsatzes und Ausschabung der Paukenhöhle bei Mittelohreiterungen lassen sich nach S. durch eine geeignete Technik vollkommen vermeiden. S. erlebte bei 750 Fällen von konservativ behandelter chronischer Mittelohreiterung in keinem Falle Verlust des Hörvermögens durch Labyrinthitis. Bei der Radikaloperation darf die Labyrinthwandung nicht berührt werden; das Symptom der Labyrinthfistel darf nicht zu einer Untersuchung oder operativen Freilegung der erkrankten Knochenpartie führen, wenn das Labyrinth noch seine Funktion bewahrt hat, muß vielmehr zu äußerster Vorsicht mahnen, sobald man bei der Radikaloperation sich der Labyrinthwandung nähert.

Mohr (Bielefeld).

---

36) S. Citelli (Catania). Su due casi clinici di sinusite frontale purulenta cronica curati col mio metodo. (Clin. chir. 1911. Nr. 1.)

Auf dem 11. italienischen Kongreß für Oto-Rhino-Laryngologie hat C. ein von ihm erdachtes Verfahren der Operation von Sinusitis frontalis durch Paraffinplombe vorgetragen und veröffentlicht nun zwei auf diese Art behandelte Fälle. Der erste blieb einige Monate geheilt, zog sich aber neuerdings eine schwere Rhinitis zu, die zu erneuter Infektion des Sinus führte, welche die Folgen der Operation wieder zerstörte. Der zweite Pat. blieb geheilt. An Tierversuchen konnte festgestellt werden, daß das Paraffin nach und nach resorbiert und durch Bindegewebe ersetzt wird. Verf. glaubt, daß auch im ersten Falle ein Dauererfolg hätte erzielt werden können, wenn die Infektionsmöglichkeit von der Nase aus später eingetreten wäre, also nach Schluß der Kommunikation mit der Nase und nach Ausfüllen des Sinus durch Bindegewebe, und wenn der Sinus nicht so groß gewesen wäre. Er schlägt vor, die Kur zweizeitig vorzunehmen. 1) Eröffnung des Sinus von vorn, Eröffnung der Cellulae ethmoidales, Auskratzen und Desinfektion der eiternden Wände des Sinus und der Kommunikation mit der Nase, und Tamponade mit Jodoformgaze. Tägliche Wiederholung der Tamponade und Ätzung während 15—30 Tagen. Nachdem derart Granulationen und ein narbiger Abschluß gegen die Nase erzielt worden sind, wird der zweite Eingriff vorgenommen. 4—5 Tage vor dem eigentlichen Eingriff wird die Höhle täglich mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt und Jodoform eingebracht. Kurz vor der Obturation wird mit warmer physiologischer Kochsalzlösung und dann Formalinlösung 1 : 300 ausgespült und mit Gaze oder Watte ausgetrocknet. Dann wird die Höhle mit sterilisierter Mosetig'scher Mischung langsam gefüllt. Naht der Wunde, und Jodoformtampon in den unteren Wundwinkel, der täglich gewechselt wird.

Stocker jun. (Luzern).

---

37) Schoenborn und Beck. Speicheldrüsenerkrankung und Myopathie. (Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Bisher noch nicht beschriebenes Syndrom hyperplastischer Myopathie und Speicheldrüsenhyperplasie. Bei einem Manne kräftigsten Alters schwellen die

submaxillaren und die Ohrspeicheldrüsen symmetrisch an unter gleichzeitiger Volumzunahme der Muskeln des Mundbodens, der Zunge, des Oberarms und der Schultern, ohne entsprechende lokale Kraftzunahme, bei allgemeiner, wachsender Mattigkeit und Kachexie, leichter Albuminurie und zunehmender Myokarditis. Mikroskopisch erwies sich eine exstirpierte Speicheldrüse als rein hyperplastisch, von normalem Drüsengewebe, ohne interstitielle Gewebswucherung. Rhodankalium, das im Speichel Gesunder stets vorhanden ist, fehlte in dem wiederholt aus dem Ductus Stenonianus gesammelten Speichel. Ebenso erwies sich das exstirpierte Stück eines der vergrößerten Muskeln als normal. Über eine gemeinsame Ursache der Drüsen- und Muskelveränderungen lassen sich nur Vermutungen äußern: Innere Sekretion der Speicheldrüsen?

Haeckel (Stettin).

---

38) Gary. Contribution a l'étude des parotidites postopératoires. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1911. Februar.)

Im Anschluß an eine unter Lokalanästhesie ausgeführte Leistenbruchoperation entstand nach 4 Tagen eine Anschwellung der rechten Ohrspeicheldrüse, die zur Eiterung führte. Dadurch, daß nach Einführen des Zeigefingers nach dem aufsteigenden Kieferast zu mit den übrigen auf der Außenseite der Wange liegenden Fingern ein Druck auf die Ohrspeicheldrüse ausgeübt wurde, entleerte sich aus dem Duct. Stenon. Eiter. Dieses Ausdrücken wurde täglich dreimal wiederholt und hierdurch Heilung erzielt. Der Kranke hatte sehr schlechte Zähne, der dem Ausführungsgang der Ohrspeicheldrüse gegenüber liegende Molarzahn war außerdem scharf. Nach des Verf.s Ansicht werden diese nach Operationen eintretenden Ohrspeicheldrüsenentzündungen dadurch hervorgerufen, daß von den Nervengeflechten der Bauchhöhle ein reflektorischer Reiz auf sie ausgeübt wird, und daß dann bei schlechter Beschaffenheit der Zähne eine Infektion durch den Duct. Stenon. stattfindet. Mangelhafte Tätigkeit der Speicheldrüse unmittelbar vor der Operation, wie sie bei mangelhafter oder fehlender Zufuhr von Speisen stattfindet, soll ebenfalls für die Entzündung prädisponieren. Als Behandlung der eitrigen Entzündung der Ohrspeicheldrüse genügt gewöhnlich das Ausdrücken derselben neben Mundspülungen; nur bei Neigung zur Nekrose sind Einschnitte erforderlich.

Herhold (Brandenburg).

---

39) G. Buccolini. Escisione di un tratto di condotto di Stenone e reintegrazione del canale. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 7. 1911.)

Bei einem 48jährigen Manne mit rezidivierendem Magenkrebs mußte der Ductus Stenonianus durchtrennt werden. Um einen Speichelfluß zu vermeiden, wurden die beiden Enden des Speichelganges über einer eingeführten und zum Munde herausgeleiteten Sonde vernäht. Die Sonde blieb einige Zeit liegen, um eine Stenose zu vermeiden. M. Strauss (Nürnberg).

---

40) Mathews. The responsibility of the tonsil in tuberculosis adenitis. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

M. untersuchte 65 herausgenommene Tonsillen auf das Vorhandensein von tuberkulösen Erkrankungen. In 57 Fällen waren die Mandeln gesund, in 5 zeigten sie tuberkulöse Erkrankungen; in diesen Fällen hatten die betreffenden Kinder aber auch tuberkulöse Halsdrüsen; in 3 Fällen waren tuberkulöse Halsdrüsen vorhanden, ohne daß die Mandeln etwas Krankhaftes aufwiesen. Trotz der

geringen Anzahl tuberkulöser Mandeln befürwortet Verf. ihre Entfernung in Fällen tuberkulöser Hals-Lymphdrüsenentzündung, um Rezidive nach der Operation der Drüsen zu verhüten. Herhold (Brandenburg).

41) Sturmann. Die totale Ausschälung der Rachenmandeln. (Berl. klin. Wochenschrift 1911. Nr. 5.)

Unter Lokalanästhesie oder Äthernarkose werden die Gaumenmandeln mit gebogener Schere, die man sowohl als Schere wie auch als scharfes Elevatorium gebrauchen kann, vollkommen entfernt. Nur dies radikale Vorgehen verspricht den gewünschten Erfolg; das Tonsillotom wird für die meisten Fälle verworfen, weil mit ihm die Mandeln nur zum Teil entfernt werden können. Die Blutung soll nicht sehr erheblich sein — wie auch Ref. bestätigen kann —, und kann eventuell durch Tamponade gestillt werden. Bessonders bei chronischen Entzündungen empfiehlt sich das radikale Vorgehen. Glimm (Klütz).

42) Heidingsfeld. Hairy or black tongue. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr.25. 1910.)

H. unterscheidet zwei Gruppen von Haarzunge; bei den Fällen der ersten Gruppe, von denen Verf. zwei genau zu untersuchen Gegenheit hatte, handelt es sich wahrscheinlich um eine angeborene Anlage entsprechend den Naevi und Hauthörnern; die Haare sind $^1/_4$ bis $^1/_2$ Zoll lang, der Zustand der Zunge bleibt in der Regel lange Zeit oder für immer stationär, von infektiösen oder entzündlichen Affektionen ist nichts zu bemerken; Verf. nennt solche Fälle wahre Fälle von Haarzunge.

Die zweite Gruppe umfaßt die Fälle von falscher Haarzunge, ein im Gegensatz zur ersten Gruppe relativ häufiger Befund. Hier handelt es sich um eine entzündliche Ursache; Tabak, Antiseptika, besonders aber die Syphilis können die Ursache abgeben; das Bild ist ein wechselndes, der Zustand bleibt fast nie lange Zeit stationär, die Zunge ist mit dicken gelbbraunen oder grünlichen Belägen bedeckt, durch die Reizung der Papillae filiformes entstehen kurze Härchen.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

43) T. S. Kirk. A note on cleft palate operations. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 31.)

Verf. empfiehlt für die Gaumenspaltoperationen auf Grund seiner Erfahrungen aus den letzten 3 Jahren die fortlaufende Naht und rühmt ihr sehr gute Erfolge nach, insbesondere mit Beziehung auf den wasserdichten Verschluß und auf die Vermeidung von Randnekrosen durch zu starke Spannung beim Knüpfen der Einzelnähte. Er benutzt Silkworm. Weber (Dresden).

44) E. Tramonti. Su di un caso di ematomielia tardiva da trauma del midollo cervicale. (Policlinico, sez. med. XVIII. 1. 1911.)

Bei einem 55jährigen Potator kam es unmittelbar nach einem starken Stoß in den Nacken zu einer schlaffen Lähmung mit Aufhebung aller Reflexe und Anästhesie für alle Gefühlsqualitäten, die links bis zur Höhe der Mammilla, rechts bis zur Crista iliaca reichte. Völlige Urin- und Stuhlretention. Nach einigen Tagen ging die schlaffe Lähmung etwas zurück; Motilität und Sensibilität waren in fortgesetzter Besserung, als plötzlich am 11. Tage Atemlähmung und der Tod eintrat.

Die Autopsie ließ eine Verrenkung des V. Halswirbels und vollständige Zerreißung aller Zwischenwirbelbänder erkennen. Weiterhin war das Halsmark im Bereiche des VII.—VIII. Halssegmentes erweicht. Vom V.—VIII. Halssegment fand sich ein zentrales, frisches Hämatom. Die Gefäße des Rückenmarks waren verdickt, die Bündel der grauen und weißen Substanz in auf- und absteigender Degeneration. M. Strauss (Nürnberg).

---

45) **Fraenkel. Über Wirbelgeschwülste im Röntgenbilde.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

Verf. hat seit Jahren die Geschwülste der Wirbelsäule ganz besonders studiert. Schon früher betonte er, daß man in jedem Falle von Karzinom auf dem Seziertische die Wirbelsäule systematisch durchsägen soll; und wie der Anatom am Sektionstische vorgehen soll, so ist es heute Pflicht des Klinikers, bei jedem Krebskranken eine röntgenologische Durchleuchtung der Wirbelsäule vorzunehmen.

An der normalen Wirbelsäule ist jeder folgende Wirbel entweder höher als der vorhergehende oder wenigstens gleich hoch wie dieser, keinesfalls niedriger. Trifft man Ausnahmen von diesem gesetzmäßig zu bezeichnenden Verhalten, so handelt es sich um pathologische Zustände, die darauf hinweisen, daß die Festigkeit des betreffenden Wirbelkörpers durch irgendwelche Krankheitsprozesse gelitten hat. Verf. veranschaulicht dies an mehreren Wirbelbildern. Er fand schon früher, daß bei 150 Fällen maligner Geschwülste des Körpers die Wirbelsäule 30mal Metastasen aufwies, d. h. in rund 20%. Am häufigsten sind die Metastasen beim Brustdrüsenkrebs, nicht selten auch bei Prostatakrebsen. Bei diesen Erkrankungen führt die Metastasenbildung an der Wirbelsäule gar nicht selten zu erheblichen Knochenanbildungen, sogar derart, daß eine nicht unerhebliche Gewichtszunahme eintritt, die naturgemäß als Signum mali ominis aufzufassen ist. In solchen Fällen treten dann häufig, besonders in der Bettwärme, Knochenschmerzen dazu. Es ist wichtig, zu wissen, daß diese Schmerzen bisweilen überhaupt das erste Krankheitssymptom eines Prostatakrebses darstellen, wenn Schwierigkeiten bei der Urinentleerung noch völlig fehlen. Verf. empfiehlt daher, bei alten Männern, die über solche Knochenschmerzen klagen oder bei denen sich anderweitig nicht zu erklärende Ischiasbeschwerden, bzw. Neuralgien in anderen Nervengebieten eingestellt haben, eine Untersuchung der Prostata vorzunehmen und für eine möglichst ausgiebige röntgenologische Untersuchung des Skelettes, besonders der Wirbelsäule, Sorge zu tragen. Aus dem Röntgenogramm kann man allerdings keine Schlüsse auf den histologischen Charakter der Geschwülste ziehen. Nur wenn das Röntgenbild eine sehr massige Anbildung von Knochensubstanz an verschiedenen Skelettabschnitten speziell der Wirbelsäule, erkennen läßt, sind wir berechtigt, in erster Linie an bestimmte Krebsformen zu denken, die zu diesen Veränderungen Anlaß gegeben haben, und zwar an eine krebsige Erkrankung der Brustdrüse bei der Frau, der Prostata beim Manne. Bei den nach Sarkomen und malignen Hypernephrosen sich entwickelnden Knochenmetastasen bleiben derartige osteoplastische Vorgänge konstant aus.

Primär vom Wirbel ausgehende Gewächse sind sehr selten, eine Verwechslung solcher primärer Geschwülste mit Metastasen ist auf dem Röntgenbilde nicht gut möglich. Metastatische Geschwülste greifen nicht auf die Weichteile über.

Gaugele (Zwickau).

46) Ziesché. Über die syphilitische Wirbelentzündung. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Bei einer 38jährigen syphilitischen Frau traten Erscheinungen von Entzündung des II. und III. Halswirbels auf mit einem großen Geschwür der hinteren Rachenwand. Nach Entfernung von zwei großen, den Wirbelkörpern entstammenden Sequestern unter Schmierkur und Stützverband erfolgte Heilung. Unter Berücksichtigung der 87 in der Literatur niedergelegten Fälle wird die Klinik der syphilitischen Wirbelerkrankung entwickelt. Haeckel (Stettin).

---

47) M. Böhm. Über die Rachitis als ursächliches Moment für Rückgratsverkrümmungen. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 6.)

B. beschreibt mehrere Präparate und Fälle von rachitischen Rückgratsverkrümmungen in früher Kindheit; die dazu gegebenen Abbildungen unterstützen in anschaulicher und überzeugender Weise den Text. Zwei wichtige Schlußfolgerungen ergeben sich aus dem heutigen Stand der Lehre von der Ätiologie der Rückgratsverkrümmungen:

I. Wenn auch ein verhältnismäßig geringer Prozentsatz von Wirbelsäulenverkrümmungen vorhanden ist, bei denen die Röntgentechnik sowohl als auch unsere anatomischen Kenntnisse uns im Stiche lassen, deren Klarstellung aber wohl in nicht allzu ferner Zeit gelingen wird, so kann man doch schon heute den Satz aussprechen, daß die Wirbelsäulenverkrümmungen des jugendlichen Alters in der Hauptsache entweder auf angeborene oder rachitische Störungen zurückzuführen sind. Für die sogenannte habituelle oder Schulskoliose jedenfalls wie überhaupt für die Annahme, daß eine fixierte, d. h. auf knöchernen Veränderungen beruhende Wirbelsäulenverkrümmung durch Einwirkung rein mechanischer Verhältnisse auf ein a priori normales und gesundes Skelett entstehe, dafür hat die moderne orthopädische Wissenschaft keinen Raum mehr.

II. Wenn es als allgemeiner Grundsatz in der Medizin gilt, daß ein Leiden um so wirksamer behandelt wird, je früher die Therapie einsetzt, so muß es unser Ziel sein, die Behandlung der Rückgratsverkrümmungen ins Säuglingsalter oder in die frühe Kindheit zu verlegen. Bereits beim Säugling wird die verfeinerte Diagnostik eventuell vorhandene, angeborene Störungen des Rumpfskeletts festzustellen haben, und bei dem an florider Rachitis erkrankten Kinde wird in diagnostischer wie therapeutischer Beziehung besonderes Augenmerk auf die Wirbelsäule zu richten sein. Glimm (Klütz).

---

48) H. Osborne. On the connexion of enlarged cervical glands with carious teeth, enlarged tonsils and adenoids. (Brit. med. journ. 1911. Januar 14.)

O. hat an 2474 Kindern von 5—12 Jahren den Zusammenhang zwischen Halsdrüsen, kariösen Zähnen und vergrößerten Zungen- oder Rachenmandeln statistisch zu klären versucht und die Ergebnisse in Tabellen niedergelegt. Es folgt aus seinen Untersuchungen, daß bei Anwesenheit von kariösen Zähnen, vergrößerten Gaumen- und Rachenmandeln die Anzahl der Kinder mit Halsdrüsen wesentlich steigt. Dieser Zusammenhang ist aber für die vergrößerte Rachen- und Gaumenmandel viel offensichtlicher als für die kariösen Zähne. Ob nun das häufige Zusammentreffen der vergrößerten Mandeln mit Halsdrüsen einen ursächlichen Zusammenhang hat, oder ob beiden Krankheitserscheinungen die gleiche uns noch unbekannte Ursache zugrunde liegt, bleibt dahingestellt und

weiteren Untersuchungen über den Einfluß der operativen Entfernung der vergrößerten Mandeln auf die Lymphome überlassen. Verf. stellt diese Untersuchungen in Aussicht. Weber (Dresden).

---

49) A. T. Jurasz. Über Ösophagusdivertikel. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 3.)

Verf. teilt aus der Lexer'schen Klinik in Königsberg einen typischen Fall von pharyngo-ösophagealem Pulsionsdivertikel mit, der bei einer 37jährigen Pat. zur Operation und glatten Heilung gelangte. Verf. bespricht im Anschluß daran zunächst die Ätiologie, und zwar behauptet er, daß für die Entstehung der pharyngo-ösophagealen Divertikel stets mechanische Momente ausschlaggebend sind. Vielleicht könne eine angeborene Disposition im Sinne einer abnormen Schwäche der Muskulatur der Pars fundiformis vorhanden sein, ferner erscheine die Annahme eines primären Ösophagospasmus nicht ausgeschlossen, die größte Bedeutung aber komme dem Trauma in irgendeiner Form zu. Von den Symptomen hält Verf. für die wichtigsten das Steckenbleiben der Bissen im Halse, das eigentümliche Geräusch beim Schlucken, sowie die Möglichkeit, die am Hals vorhandene Geschwulst »auszustreichen«. Für das vollkommenste diagnostische Hilfsmittel hält er die Röntgenaufnahme nach Wismutfüllung des Divertikels. Bezüglich der Behandlung tritt J. für die einzeitige Exstirpation des Divertikelsacks ein im Gegensatz zu der besonders von Goldmann empfohlenen zweizeitigen Operationsmethode. An der Hand der bisher operierten 59 Fälle aus der Literatur weist Verf. nach, daß der primäre Verschluß der Speiseröhre keineswegs besonders gefährlich sei. Für besonders wichtig dabei hält er die durchgreifende Steppnaht des Divertikelhalses, sowie die vorherige Anlegung einer Witzel'schen Magenfistel. H. Kolaczek (Tübingen).

---

50) F. Ploch (Osnabrück). Heilung einer Ösophagusstriktur mit Fibrolysin. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.)

Eine Frau von 34 Jahren, die schon seit 2 Jahren an Schluckbeschwerden litt und seit $^1/_2$ Jahre nur noch flüssige oder dünnbreiige Nahrung zu sich nehmen konnte, wurde durch 17 Fibrolysineinspritzungen so weit geheilt, daß sämtliche Beschwerden wieder beseitigt wurden. Die Stenose der Speiseröhre lag in der Höhe des Ringknorpels und war wahrscheinlich narbiger Natur aus unbekannter Ursache. Karzinom war nicht ganz ausgeschlossen, aber wegen der langen Dauer der Beschwerden nicht wahrscheinlich. Die Behandlung fand ambulant statt. Spätere Kontrolluntersuchungen ergaben den Dauerbestand der Heilung. Die Injektionen sind in möglichst dicke Muskelbündel zu machen (Glutaeen, Deltoides usw.). Deutschländer (Hamburg).

---

51) W. A. Lane. Excision of a cancerous segment of the oesophagus: restoration of the oesophagus by means of skin flap. (Brit. med. journ. 1911. Januar 7.)

L. entfernte bei einer 30jährigen Frau die oberen 6 cm der krebsigen Speiseröhre und ersetzte sie mit teilweisem Erfolg durch einen 6 : 12 cm langen, zu einem Schlauch gerollten, gestielten Hautlappen aus dem Hals. Die Frau lernte es, ihren Speichel auf dem so wiederhergestellten Wege herunterzuschlucken, vermochte aber nicht genügend feste Nahrung zu sich zu nehmen, sondern mußte die Schlundsonde zu Hilfe nehmen. Tod nach ungefähr 6 Monaten an Carotisblutung infolge von Arrosion durch ein Rezidiv. Weber (Dresden).

---

52) **R. Zimmermann. Zwei Fälle von Laryngo-Ösophagusresektion.** Aus der chirurg. Abt. des Herzogl. Landkrankenhauses zu Meiningen. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 5.)

Im ersten Falle handelte es sich um einen in Höhe des Ringknorpels sitzenden Speiseröhrenkrebs, der in die Luftröhre hineingewachsen war. Der Resektion der Speiseröhre (7 cm), Luftröhre und von 2 cm des Schildknorpels hatte Bertram 4 Wochen vorher die Anlegung einer Witzel'schen Magenfistel vorausgeschickt, da die Ernährung auf natürlichem Wege fast unmöglich geworden war. Die Luft- und Speiseröhrenstümpfe wurden in die Wunde eingenäht. Diese heilte rasch, aber die 58jährige Pat. zeigte schnell zunehmende Kachexie infolge Leberkarzinose und ging bald daran zugrunde.

Der zweite Pat. war bereits zweimal wegen Sarkom im Kehlkopf operiert worden und zeigte bei der erneuten Aufnahme ein schweres Rezidiv und eine große Struma sarcomatosa. Exstirpation dieser sowie des völlig zerstörten Kehlkopfs und Resektion der mitergriffenen Speiseröhre in Ausdehnung von 6 cm. Ernährung durch die Speiseröhrenfistel. Heilung in 14 Tagen; Tod 3 Monate später infolge Erstickung durch Herausrutschen der Kanüle aus der Luftröhrenfistel.

Kramer (Glogau).

53) **Sellei (Budapest). Thyreoiditis acuta nach Gebrauch von Jodkali.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 12.)

Die in dem beschriebenen Falle beobachtete akute Schilddrüsenanschwellung bildete eine Teilerscheinung des allgemeinen Jodismus, der nach Gebrauch von Jodkali eingetreten war. Ausheilung erfolgte wenige Tage nach Aussetzung des Mittels.

Deutschländer (Hamburg).

54) **Berg (Dortmund). Jodismus und Thyreoidismus.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 7.)

Bei einem 17jährigen Mädchen, das wegen eines ulzerösen Syphilids auf der dermatologischen Abteilung des Johanneshospitals in Dortmund behandelt wurde, zeigte sich nach interner Darreichung von 4 g Jodkali eine starke Anschwellung der Schilddrüsen von weicher Konsistenz. Der Halsumfang stieg um 5 cm. Schmerzen beim Schlucken, Beklemmungsgefühl beim Atmen, Kopfschmerz, Tränen der Augen, Schnupfen, allgemeine Müdigkeit und Erregtheit, Hitzegefühl und Schweißausbruch, Puls 96, Temperatur normal. Nach Aussetzung des Jodkali schwinden nach wenigen Tagen diese Symptome, um sofort wieder in Erscheinung zu treten, als 2 g Jodkali von neuem zugeführt wurden. Ob diese reaktive Schwellung der Schilddrüsen nach Jodgebrauch als Begleiterscheinung des Jodismus oder als Zeichen eines latenten Thyreoidismus aufzufassen ist, erscheint fraglich. Bei den engen Beziehungen des Jod zur Physiologie und Pathologie der Schilddrüse ist es wahrscheinlich, daß diese Erscheinungen auf eine Funktionsanomalie der Drüse zurückzuführen sind, selbst wenn mit Aufhören des Jodgebrauchs die Thyreoiditis anscheinend völlig abklingt.

Deutschländer (Hamburg).

55) **Wolfsohn (Berlin). Über thyreotoxische Symptome nach Jodmedikation.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 5.)

Eine 42jährige Pat. reagierte auf die geringste Einverleibung von Jod mit schweren thyreotoxischen Symptomen, ohne daß im Intervall eine Schwellung

der Schilddrüse klinisch nachweisbar war, während sofort nach Jodeinverleibung eine deutliche, ziemlich weiche Vergrößerung beider Schilddrüsenlappen auftrat. Verf. faßt diesen Zustand als eine echte Überempfindlichkeit auf.

Bei einer weiteren 37jährigen Pat. beobachtete W. ebenfalls eine wesentliche Verschlimmerung eines bestehenden Kropfes nach Joddarreichung. Die Verschlimmerung war so hochgradig, daß selbst nach Aussetzen des Jods eine Besserung nicht eintrat. Meerschweinchenversuche, die mit dem Serum der Pat. angestellt wurden, ergaben bei dem vorbehandelten Meerschweinchen schwere Intoxikationserscheinungen, und Verf. nimmt an, daß diese Überempfindlichkeit gegen Jod auf experimentellem Wege den Versuchstieren übertragen worden sei. Bei Jod-Basedow müssen im Organismus bzw. im Blutserum gewisse Stoffe vorhanden sein, welche mit Jodeiweiß in spezifischer Weise reagieren, so daß das Bild der biologischen Anaphylaxie zustande kommt.

Deutschländer (Hamburg).

---

56) Chavannaz et Pierre-Nadal. Tumeur mixte maligne du corps thyroïde. (Journ. de méd. de Bordeaux 1910. Nr. 51.)

Verff. berichten über eine bösartige Mischgeschwulst des linken Schilddrüsenlappens bei einer 74jährigen Frau. Pat. hatte ihr ganzes Leben lang einen erbsengroßen, harten und schmerzlosen Knoten an der linken Halsseite bemerkt, der sich niemals vergrößert hatte. Erst seit $2^1/_2$ Jahren war die kleine Geschwulst zunächst langsam, seit 2 Monaten aber sehr schnell gewachsen. Bei der Aufnahme in die Klinik hatte sie die Größe eines Granatapfels, war hart, gebuckelt und in der Tiefe völlig fixiert. Ihre Exstirpation gelang ohne Mühe, da sie überall gut eingekapselt war. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Mischgeschwulst mit sarkomatösen Partien. Die Frau starb $^1/_2$ Jahr nach der Operation an Metastasen in den Lungen und im Mediastinum. 4 Abbildungen im Text.

Boerner (Erfurt).

---

57) Rave. Die Röntgentherapie bei Struma und Morbus Basedowii. (Zeitschrift f. Röntgenkunde u. Radiumforschung XIII. 2 u. 3.)

Die Röntgenbehandlung des Kropfes und der Basedowkrankheit ist augenblicklich ein viel umstrittenes Gebiet der Röntgenheilkunde. Während einige über sehr gute Erfolge berichten, haben andere keine gesehen oder sogar Schädigungen gefunden. R. stellt alles zusammen, was, weit zerstreut und zum Teil schwer zugänglich, über den Gegenstand veröffentlicht wurde und schließt eigene Beobachtungen an. Aus den Mitteilungen über Kropfbehandlung kommt er zu dem Ergebnis, daß zwar ein gewisser Einfluß der Röntgenstrahlen auf den einfachen parenchymatösen Kropf nicht zu verkennen ist, daß aber das Ergebnis der an sich nicht übermäßig gefährlichen Operation weit sicherer ist und wirkliche Heilung schneller und einfacher erreicht wird als durch Röntgenbehandlung, die entschiedene Nachteile hat, wenn hinterher operiert werden soll (Kapselverwachsungen).

Das Urteil über Basedowbehandlung lautet weit günstiger. Bei $^6/_7$ der Gesamtzahl (321) wirkte die Bestrahlung günstig mindestens auf ein Symptom der Krankheit. Am häufigsten (51%) wurde das nervöse Verhalten beeinflußt. In der Hand des Sachkundigen ist die Röntgenbehandlung der Basedowkrankheit ungefährlich, schmerzlos und den übrigen Behandlungsverfahren gleichwertig.

Seine eigenen experimentellen Bestrahlungen von Schilddrüsen an Ratten

und Kaninchen veränderten die Drüsen weder makroskopisch noch mikroskopisch. Die Behandlung einfacher Kröpfe war erfolglos, die der Basedowkrankheit erfolgreich.

Im ganzen faßt R. zusammen:

1) Die Röntgenstrahlen wirken auf normale Schilddrüsen nicht histologisch nachweisbar ein.

2) Ebensowenig ist die Einwirkung auf pathologisches Schilddrüsengewebe, namentlich kolloide Struma, nachgewiesen.

3) Die Röntgenbehandlung einfacher Kröpfe ist als unsicher abzulehnen. Röntgenbehandlung kann versucht werden bei Operationsverweigerung und im Falle, daß Herzstörungen oder sonstige die Operation verbietende Komplikationen vorliegen.

4) Bei Basedowkropf ist, falls keine die sofortige Operation erheischenden Umstände vorliegen, die Röntgenotherapie als den anderen Methoden gleichwertig anzusehen. Sie verkleinert die Schilddrüse, vermindert die spezifischen Basedowsymptome, wie Exophthalmus, Herzerscheinungen, die nervösen Störungen, bessert das Allgemeinbefinden und vermehrt das Körpergewicht. Namentlich im Anschluß an Operation, wenn der Erfolg zu langsam oder nicht eintritt, ist Röntgenbehandlung zu empfehlen.

5) Verwachsungen im Anschluß an Röntgenbestrahlung kommen nicht regelmäßig vor.

6) Bestrahlte und später entfernte Basedowkröpfe sollten eingehend histologisch untersucht werden. Trapp (Riesenburg).

---

58) A. Poncet. Résultat éloigné d'une énucléation massive pour goitre exophtalmique. (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 1.)

P. bot sich die Gelegenheit, im November 1910 einen Pat. nachzuuntersuchen, dem er im Januar 1895 den linken Schilddrüsenlappen und den Isthmus wegen Basedow'scher Krankheit entfernt hatte. Bald nach der Operation waren alle Krankheitssymptome geschwunden gewesen und Pat. hatte sich dann vollkommen gesund gefühlt. 1905 und 1910 entfernte ihm P. ein maronen- bzw. nußgroßes »Kropfrezidiv«. Pat. gab an, in den besten Jahren wieder nervös und reizbar geworden zu sein. P. weist darauf hin, daß die Operation gewöhnlich die Basedow'sche Krankheit heilt, daß es aber selten zu einer Restitutio ad integrum kommt. Auch in dem vorliegenden Falle war noch nach 15 Jahren eine gewisse Reizbarkeit, Unbeständigkeit nachzuweisen. Bei dem sonst vorzüglichen Resultat bleibt P. ein überzeugter Anhänger der operativen Behandlung der Basedow'schen Krankheit und hofft, daß man durch frühzeitigeres Operieren die Qualität der Heilungen noch verbessern kann. Boerner (Erfurt).

---

59) Raoul Boudet. Plusieurs cas de plaies pénétrantes de poitrine traitées par la thoracotomie immédiate. (Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris 1911. T. XXXVII. Nr. 10. März 14.)

Eine präzise Indikation zu einem chirurgischen Eingriff bei penetrierenden Brust- bzw. Lungenverletzungen zu stellen, bleibt immer noch schwierig. Auch heute kann die Frage des chirurgischen Eingriffs bei diesen noch nicht definitiv beantwortet werden. Die hauptsächlichste Beachtung kommt den physikalischen Zeichen eines Hämothorax zu. Die allgemeinen und funktionellen Symptome (Ängstlichkeit, Aufgeregtheit, Atemnot und Pulsveränderungen) sind nur dann

von Bedeutung, wenn sie zu den physikalischen Zeichen des Hämothorax hinzukommen, andauern oder trotz innerer Behandlung sich verstärken. Nur unter diesen Bedingungen ist ein chirurgischer Eingriff berechtigt, da dann eine schwere Lungenverletzung anzunehmen ist. Unter diesem Gesichtspunkt hat B. drei Fälle operiert. In zweien handelte es sich um Schußverletzungen des Brustkorbes mit mehrfachen Lungenverletzungen, im dritten um einen Messerstich. Im zweiten Fall wurde sofort, im ersten nach 1 Stunde und im dritten, wo bereits eine Infektion bestand, am 6. Tage die Thorakotomie gemacht und die Lungenwunden genäht. In allen drei Fällen trat Heilung ein. Dem gegenüber teilt Piqué kurz sieben Fälle mit, die relativ leichte Symptome boten und ohne chirurgischen Eingriff geheilt wurden. Keiner der Pat. mit leichter Lungenverletzung bot alarmierende Lokal- und Allgemeinsymptome. Was von Anfang an bei diesen so beruhigte, war ihr Befinden: guter Puls, gutes Aussehen, gute Atmung, vollkommene Ruhe. Freilich kann auch in solchen leichten Fällen ein vorübergehender schwerer Shock eine schwere Lungenverletzung vortäuschen. Auch bei schwerer Lungenverletzung braucht ein Hämothorax nicht nachweisbar zu sein, wenn, wie das ein mitgeteilter Fall von Schußverletzung der Lunge zeigt, ausgedehnte Verwachsungen der Lunge mit der Pleura costalis vorhanden sind. In diesem Falle, in welchem die bedrohlichen Allgemeinsymptome zum chirurgischen Eingriff drängten, ohne daß klinisch eine bestimmte Diagnose zu stellen war, hatte sich das Blut hauptsächlich zwischen Lungenhilus und hinterer Wand des Herzbeutels angesammelt.

Was die Technik der Thorakotomie anlangt, so bevorzugt B. große, lateral basierte Lappen. Die Naht der Lungenwunden hält B. für das Verfahren der Wahl. Dei Tamponade der Lungenwunden ist nur bei schwer zugänglichen Wunden von Vorteil. Beim Verschluß des Thorax muß darauf geachtet werden, daß dieser hermetisch ist und eine gute Vereinigung der Knorpel durch Naht erfolgt.

Die Drainage des Thoraxraumes verwirft B. Unter 34 Fällen, bei denen drainiert wurde, sind nur 6 ohne Zwischenfälle geheilt, 28 wurden sekundär infiziert; 10 erlagen der Infektion. Bei 15 anderen Fällen, wo nicht tamponiert, sondern mit Gummirohr drainiert wurde, starben 5 und nur 2 heilten ohne Infektion. Von den vier von B. operierten und nicht drainierten Fällen heilten drei ohne Infektion, im vierten wurde eine nachträgliche Rippenresektion notwendig. G. E. Konjetzny (Kiel).

---

60) W. S. Sweet. Calcification of pleura and empyema. (Brit. med. journ. 1911. Januar 7.)

Bei einem 49jährigen Manne mit Pleuraempyem ergab die Operation, daß das äußere Pleurablatt fast vollständig in eine bis 6 mm dicke Kalkplatte verwandelt war. Trotzdem wurde der Kranke durch mehrfache Thorakoplastiken geheilt bis auf eine mäßig absondernde Fistel. Weber (Dresden).

---

61) Rudolf Frank. Über die Behandlung der Thoraxempyeme nach Bülau. (Med. Klinik 1911. p. 408.)

Operatives und Verbandsgerät, Operationsverfahren und Nahtbehandlung sind genau beschrieben. Die Vorschriften müssen peinlichst befolgt werden.

Es wurden so in den letzten 10 Jahren 43 Kranke behandelt mit etwa 55% Heilungen, die sämtlich Eiterungen betrafen, die entweder ganz frisch waren

oder doch wahrscheinlich nicht über 6 Wochen bestanden. Je zwei der geheilten Fälle waren wahrscheinlich und sicher tuberkulöser Herkunft. Heilungsdauer: 11mal 6—8 Wochen, 13mal 3—5 Monate.

Die Bülau'sche Punktion ist für akute und nicht zu lange bestehende (verschwartete) Brusthöhleneiterungen das beste und schonendste Verfahren. Es ist ein kleiner, stets mit örtlicher Schmerzbetäubung ausführbarer Eingriff, bei dem vor allem der Brusthöhleneiter beliebig langsam entleert und Lufteintritt sicher vermieden werden kann. Bei der Nachbehandlung kommt es an erster Stelle darauf an, daß das Drain nicht aus dem Brustwandloche herausfällt. Im übrigen erfordert die Nachbehandlung sehr geringe Arbeit. Der Kranke bleibt rein und geruchlos. Die endgültigen Erfolge sind mindestens ebensogut wie die Thorakozenthese mit Rippenresektion.

Diese ist für besondere Fälle (kleine abgesackte Empyeme) zurückzustellen.

Für Fälle, bei denen die Bülau'sche Behandlung erfolglos geblieben ist und für chronische verschwartete Empyeme ist die Thorakoplastik am Platze.

Georg Schmidt (Berlin).

---

62) Holmgren. Ausblasung anstatt Aspiration von Pleuraergüssen. (Mitteil. aus d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Heft 2.)

Bei Aspiration von Flüssigkeitsergüssen der Pleura kommen häufig Hustenreiz, Schmerzen, Stiche in der Brust, Dyspnoe, Angstgefühl usw. zustande, die oft zum Abbrechen der Aspiration zwingen. Es kommt das daher, daß die Lunge das Bestreben hat, sich auszudehnen in dem Maße, als die Flüssigkeit entleert wird. So lange die Lunge das ohne Schwierigkeit tun kann, entstehen keine Beschwerden, wohl aber, wenn die momentane Dehnbarkeit der Lunge ihre Grenze erreicht hat. H. vermeidet diese Übelstände dadurch, daß er Luft in die Pleura einbläst. Er punktiert im X. Interkostalraum zwischen der Scapular- und hinteren Axillarlinie und läßt durch einen Schlauch einfach die Flüssigkeit in ein tiefer stehendes Gefäß ablaufen. Im nächst höheren Interkostalraum stößt er zu gleicher Zeit einen Trokar ein und bläst durch denselben Luft ein. Jede Belästigung des Kranken wird dadurch vermieden, und es gelingt, große Exsudate, bis zu 3200 ccm, auf einmal vollständig auszublasen. Die Luft wird sehr allmählich, im Laufe von Wochen, resorbiert, und die Lunge hat Gelegenheit, allmählich an steigende Ausdehnung sich zu gewöhnen. Die eingeblasene Luft braucht nicht besonders desinfiziert zu sein.

H. hat das Verfahren 33mal in 17 Krankheitsfällen angewendet, nicht bloß bei serösen Ergüssen, sondern auch bei tuberkulösen Empyemen und Pyopneumothorax sowie Hydropneumothorax.

Ausführliche Krankengeschichten sind beigefügt. Ein historischer Rückblick zeigt, daß die Idee, obwohl in den gangbaren großen Lehrbüchern nichts davon erwähnt wird, auch früher schon praktisch erprobt wurde, aber fast ausschließlich so, daß die Autoren durch dieselbe Nadel abwechselnd Exsudat abließen und Luft einführten, während H. zwei Nadeln anwendet und so das Ausblasen kontinuierlich bewerkstelligt, was gewiß von Vorteil ist. Haeckel (Stettin).

---

63) Paul Courmont. Nouvel instrument pour pratiquer le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberkulose pulmonaire. (Lyon méd. 1911. p. 460.)

Um nach Forlani Stickstoff in die Brustfellhöhle einzuführen, durchbohrt C. zunächst die Brustwand mit einer scharfen Stahlhohlnadel, die eine Stahlplatte

trägt, welche sich von außen an die Brustwand anlegt und das Instrument in beliebiger Tiefe feststellt; dann wird durch diese Hohlnadel eine stumpfe Platinhohlnadel vorgeschoben; damit wird das wandständige Brustfell durchbohrt. Das andere Ende dieser zweiten Hohlnadel trägt den Ansatz für den den Stickstoff zuleitenden Gummischlauch. Georg Schmidt (Berlin).

---

64) **Erkes. Beitrag zur Röntgendiagnose traumatischer Lungenaffektionen.** (Fortschritte a. d. Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

Es handelte sich um einen 45 Jahre alten Tagearbeiter, der nach Stichverletzungen im Rücken mit stechenden Brustschmerzen erkrankt war. Die Röntgenuntersuchung ergab im Unterlappen der rechten Lunge einen orangegroßen, gleichmäßig dunklen, scharf umgrenzten Schatten.

Zwei in größerem Zwischenraum angefertigte Röntgenbilder lassen eine zunehmende Verkleinerung des Herdes erkennen. Die letzte Aufnahme zeigt vergrößerte peribronchiale Drüsen und ein Exsudat im rechten Sinus.

Es handelt sich um ein nach Stichverletzung (ohne Pneumothorax) entstandenes Hämatom bzw. Infarkt der Lunge. Gaugele (Zwickau).

---

65) **Albers-Schönberg. Beitrag zur Kasuistik des Lungenechinokokkus.** (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

Es handelt sich um ein 25 Jahre altes, zart gebautes Mädchen in schlechtem Ernährungszustand. Das rechte Hypochondrium zeigt gegenüber dem linken eine weit vorragende, nicht druckempfindliche Resistenz. Auf den Lungen ist der Schall teilweise gedämpft. Auf dem Übersichtsbild des Thorax finden sich zwei sehr ausgeprägte, große, scheibenartige, runde Schatten rechts und links neben dem Hilus, die den größten Teil der beiderseitigen Lungenfelder ausfüllen. Die Scheiben sind von lufthaltigem Lungengewebe umgeben. Auf der beiliegenden Photographie ist dieser eigentümliche Befund in schönster Weise wiedergegeben. Da ein Leberechinokokkus klinisch mit Sicherheit nachzuweisen war, kann es sich nur um Lungenechinokokkus handeln. Ein Zusammenhang der Lungenblasen mit der Leber ist nicht nachzuweisen, und bleibt es dahingestellt, wie die Infektion der Atmungsorgane erfolgt ist. Pat. ist aus der Behandlung ausgetreten, weswegen Verf. über das Ende nichts mitteilen kann.

Gaugele (Zwickau).

---

66) **G. Quarta. Cancro primitivo del polmone sinistro.** (Policlinico, sez. prat. XVIII. 8. 1911.)

Bei einem 33jährigen Manne fand sich im linken Unterlappen der Lunge ein ausgedehntes Karzinom, das niemals den typischen Reizhusten und Auswurf verursacht hatte. Wiederholte Sputumuntersuchungen und Probepunktionen hatten keinen Anhaltspunkt für die Diagnose ergeben.

M. Strauss (Nürnberg).

---

67) **R. Leriche et G. Cotte. A propos du traitement chirurgical de la symphyse du péricarde et de la médiastino-péricardite.** (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 55.)

Referat über die seit Oktober 1910 veröffentlichten Fälle von Kardiolyse; ihre Zahl beträgt acht. Auch nach diesen neuen Erfahrungen ist die Kardiolyse

bei richtiger Indikationsstellung eine wertvolle, häufiger als bisher azuwendende Operation. Boerner (Erfurt).

---

68) Percy Kidd. Some mediastinal affections. (Lancet 1911. März 4.)

Verf. bespricht an der Hand einschlägiger Fälle aus der eigenen Praxis als Physician am London-Hospital die mediastinalen Erkrankungen, und zwar 1) einige seltenere Fälle: Eine substernale Struma, operiert und geheilt; eine mediastinale große (Dermoid?)-Cyste, operiert und geheilt; einen mediastinalen Abszeß mit Perforation in die Luft- und Speiseröhre; eine mediastinale Geschwulst, verdeckt durch Herzbeutelerguß; eine mediastinale Geschwulst, verdeckt durch Pleuraerguß, die letzten drei Fälle erst nach dem Tode erkannt. Alle Fälle sind eingehend mit allen diagnostischen Schwierigkeiten in den operativen Verfahren beschrieben. Die zweite Gruppe, unter Mitteilung von vier einschlägigen Fällen, umfaßt die tuberkulösen Drüsenschwellungen des Mediastinum, bei denen Verf. die Schwierigkeiten der Diagnose je nach Affektion der vorderen oder hinteren unterhalb der Trachealbifurkation und um die Hauptbronchien gelegenen Drüsen eingehend schildert. Das für die Diagnose der letzteren von D'Espine angegebene Symptom der Bronchophonie und Pektoriloquie in Verbindung mit bronchialem Atmen über dem Processus spinosus des VII. bzw. den 2—3 nächst höheren Dorsalwirbeln hält er für unsicher, da er es an 51 Kranken nachgeprüft hat und es dabei bei einer Reihe von sicherlich mediastinal gesunden, aber mageren Kranken fand; mit der Ansicht Gee's stimmt er indessen hierin völlig überein, der den D'Espineschen Symptomenkomplex häufig bei gesunden, aber schlecht genährten Kindern und Frauen fand.

Röntgenisation, und in anderen Fällen subkutane Injektionen von Pirquetschem Tuberkulin unterstützen die Diagnostik der tuberkulösen Drüsenaffektionen des Mediastinum.

Als einziges therapeutisches Mittel empfiehlt Verf. bei derartigen Fällen lange ausgedehnte Kuren an der See. H. Ebbinghaus (Altena).

---

69) Eppinger. Allgemeine und spezielle Pathologie des Zwerchfells. Mit 31 Abbildungen im Text. 6,50 Mk. Wien, A. Hölder, 1911.

Das vorliegende Buch bildet das I. Supplement zu H. Nothnagel's spezieller Pathologie und Therapie und reiht sich dem Monumentalwerk würdig an. In erschöpfender Weise wird die Anatomie, Histologie, Physiologie und allgemeine Pathologie des Zwerchfells dargestellt. Von der speziellen Pathologie haben für den Chirurgen besonderes Interesse die Kapitel über »Zwerchfellhernien« und »subphrenischen Abszeß«. Beide Abschnitte bieten in vollkommener Darstellung eine eingehende Schilderung dieser interessanten und wichtigen Erkrankungen sowohl nach ätiologischer und symptomatologischer Richtung als auch in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung. Das Studium des Buches ist wärmstens zu empfehlen. Lindenstein (Nürnberg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.

Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 19. Sonnabend, den 13. Mai 1911.

Inhalt.

I.

Aus der chirurg. Klinik des städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.
Direktor: Geheimrat Prof. Rehn.

Zur Joddesinfektion des Operationsfeldes bei Bauchoperationen.

Von

Dr. Propping,
Sekundärarzt der Klinik.

Das vermehrte Vorkommen mechanischer Darmverschlüsse seit Einführung der Joddesinfektion brachte mich auf die Frage, ob nicht etwa die Joddesinfektion eine ursächliche Rolle bei diesen Ereignissen spielen kann.

Jod ist ein vorzügliches Mittel zur Erzeugung von Adhäsionen zwischen serösen Häuten. Wäre es nicht möglich, daß die Joddesinfektion der Bauchhaut indirekt zu Adhäsionen in der Bauchhöhle führt? Zur Prüfung dieser Frage stellte ich folgende Tatsachen zusammen:

1) Legt man 1/2 Stunde nach dem Jodanstrich einen feuchten Kochsalztupfer für 1/2 Minute auf die gebräunte Haut, so gibt der Tupfer an der Berührungsfläche mit Stärke (z. B. einer feuchten Stärkebinde) starke Jodreaktion (Blaufärbung). Selbst wenn man ihn nur für einen Augenblick auf die gebräunte Haut legt, tritt noch, wenn auch entsprechend schwächer, Jodreaktion ein.

2) Legt man im Tierexperiment den Darm für einige Zeit auf die jodgestrichene Haut, so gibt der Darm Jodreaktion. Dasselbe kann man am Menschen z. B. mit der exstirpierten Appendix nachweisen.

3) Das Operationsfeld ist gegen Ende der Operation, namentlich bei feuchter Behandlung (Kochsalzspülung usw.), fast immer größtenteils entfärbt und gibt in diesem entfärbten Bereich keine Jodreaktion mehr. Das Jod muß also an die Umgebung abgegeben sein. (Chemische Umsetzung ist nicht anzunehmen.)

4) Im Tierexperiment (beim Kaninchen) rufen nach R. Heinz (Virchow's Archiv Bd. CLV, 1899, p. 44) minimale Mengen von Jod bei intraperitonealer Injektion in kurzer Zeit massenhafte Fibrinauflagerungen und feste Membranen und Stränge zwischen den Därmen hervor. (2 ccm einer 2%igen Jod-Jodnatriumlösung = 0,04 Jod.) Die Wirkung ist gewissermaßen spezifisch, entgegengesetzt z. B. der Wirkung von Terpentin.

5) Ich spritzte einem Hunde 20 Tropfen Jodtinktur, gelöst in 80 ccm steriler Kochsalzlösung, intraperitoneal ein und fand nach 48 Stunden in der Leber- und Magengegend reichliche Fibrinverklebungen. Im Dünndarmgebiet waren keine Verklebungen. Offenbar sind Hunde wegen der lebhaften Darm- und Körperbewegungen wenig geeignet zu Adhäsionsversuchen. Die menschliche Bauchhöhle neigt dagegen außerordentlich zu Adhäsionen, vor allem bei gewissermaßen spezifischen Reizen (z. B. gonorrhoische Infektion).

6) Wir haben seit der Einführung der Joddesinfektion im letzten halben Jahre unter ca. 70 einfachen oder mit Abszeß oder Peritonitis komplizierten Appendicitiden 6mal Ileus durch Abknickung oder Adhäsionen erlebt. Das sind Ergebnisse, wie wir sie früher nicht gesehen haben. (Unter den ca. 300 Appendicitiden der Jahre 1910/11 vor Einführung der Joddesinfektion waren z. B. fünf mechanische Darmverschlüsse.)

Nach diesen Feststellungen scheint es durchaus möglich, daß die Joddesinfektion des Operationsfeldes auf indirektem Wege zu Schädigungen der Peritonealserosa führt und dadurch Verklebungen, Adhäsionen und unter ungünstigen Verhältnissen Ileus hervorruft. Auch die Entstehung von Restabszessen kann durch Serosaschädigung begünstigt werden.

Wir ziehen daraus vor allen Dingen den Schluß, daß man es absolut vermeiden soll, eventrierten Darm unmittelbar auf die gebräunte Haut zu legen. Wir legen sie auf untergelegte feuchtwarme Kochsalzkompressen. Ob das genügt, um schädliche Folgen auszuschalten, müssen weitere Beobachtungen lehren.

Jedenfalls ist die Joddesinfektion kein ideales Verfahren für Bauchoperationen, weil sie dem Grundsatz, Schädigungen der Serosa nach Möglichkeit zu vermeiden, nicht entspricht. Es ist wünschenswert, die Methode entweder zu verbessern oder sie durch ein gleichwertiges, aber milderes Verfahren zu ersetzen.

II.

Mitteilung aus der Abteilung für Urologie des hauptstädtischen Krankenhauses St. Rochus in Budapest.

Cystoskopische Diagnose der Blasensyphilis.

Von

Dr. Jonathan Paul Haberern,

Privatdozent für Chirurgie, Vorstand der Abteilung.

In allerneuester Zeit finden wir in den spärlich erschienenen Mitteilungen über cystoskopisch diagnostizierte Blasensyphilis aus Nietze's Cystoskopie (II. Aufl. 1907) den Satz zitiert: »Daß cystoskopisch bis jetzt noch niemals ein syphilitischer Prozeß in der Blase konstatiert worden ist«. Wie Recht Nitze hatte, wenn er uns zugleich aufmerksam macht, daß wir in Zukunft in geeigneten Fällen daran denken müssen, daß die Blase doch nicht völlig immun gegen das luetische Gift ist, was ja auch Daten aus der älteren Literatur, besonders Obduktionsbefunde zu beweisen scheinen. Es wäre ja auch auffallend, daß gerade die Blasenschleimhaut bei Lues intakt bliebe. Einen cystoskopisch genau beobachteten Fall, der in seinem Verlaufe, sozusagen vom Momente der Ehrlich'schen Injektion sich von Tag zu Tag besserte und anscheinend zur Heilung kam, und wohl chirurgisches Interesse bietet, soll ganz kurz mitgeteilt werden.

Frau J. P., 41 Jahre.

Anamnese: Mit 14 Jahren soll sie an der Zunge Geschwürchen gehabt haben, die geätzt wurden und nur sehr langsam heilten. Gleichzeitig hat sie auch im Rachen Schmerzen und Schlingbeschwerden gehabt, die ebenfalls recht lange andauerten. Seither ist ihre Stimme näselnd.

Etwa 2 Jahre nachher bildeten sich an der Innenfläche der Oberschenkel Wunden von Handtellergröße, welche ca. 1 Jahr bestanden haben.

Mit 19 Jahren heiratete sie, sieben Kinder sind lebend geboren. Fehlgeburten will sie nicht gehabt haben.

Seit 4 Jahren leidet sie, während des Tages $^3/_4$—1stündlich, nachts 2stündlich, an Harndrang. Dieser Zustand verschlimmerte sich in den letzten Monaten vor ihrer Aufnahme. Der Urin ist am Ende der Miktion blutig. Nach dem Wasserlassen hat sie Krämpfe, die aber nicht besonders heftig sind. Da sich ihr Zustand in ihrer Heimat auf Bäder nicht gebessert hat, ließ sie sich am 25. X. 1910 in die geburtshilfliche Abteilung des hauptstädtischen Krankenhauses aufnehmen, von wo aus sie uns, der urologischen Abteilung, überwiesen wurde, 28. X. 1910.

In den letzten Jahren soll sie an Gewicht etwas abgenommen haben. Appetit, Stuhlentleerung sonst normal.

Status: Pat. von mittlerem Ernährungszustand. Die Haut blaß, von normaler Konsistenz. Pupillen mittelweit, reagieren prompt. Die herausgestreckte Zunge zittert etwas. Uvula, linker Arcus palatoglossus fehlen, im Rachen sind mehrere narbige Einziehungen zu sehen. Trinkt Pat. in etwas vorgebückter Haltung, so fließt die Flüssigkeit durch die Nase zurück. Visus gut. Lungen, Herz, Abdomen ohne pathologischen Befund.

An der Innenseite der Oberschenkel serpiginöse, etwa handtellergroße weiße Narben. Patellarreflex vorhanden. Vulva klaffend, alter, vernarbter Dammriß.

Im Urin viele rote Blutkörperchen, Eiterzellen, lange Stäbchen.

Den 8. November 1910. Wassermann mittelstark positiv.

Den 10. November 1910. Blasenkapazität 80—100 ccm. Harn gelblich, kaum transparent, enthält viele Fäden. Cystoskopisch: Blasenwand glatt, glänzend. Ureterenmündung normal. Sphinkterwand geschwellt, uneben, man sieht knapp dahinter eine runde, reichlich walnußgroße, von der linken Seite ausgehende, umschriebene, an 3—4 Stellen höckerig hervorspringende, mit Schleimhaut bedeckte Geschwulst, deren prominenteste Oberfläche an einzelnen Stellen teils ulzeriert, teils eitrig belegt ist.

Bei der vaginalen Exploration fühlt sich die hintere Harnröhre uneben, rauh an. Blasenwand bimanuell durchtastbar, glatt.

Da diese Geschwulst auf Grund der charakteristischen Anamnese und des klinischen Befundes als Gumma angesprochen wurde, gab ich am

11. November 1910 eine Ehrlich'sche Arsenobenzolinjektion.

Den 16. November 1910. Im Harn rote und weiße Blutzellen, lange Stäbchen. Appetit wesentlich gebessert. Harndrang 3—4stündlich, nachts 2—3stündlich. An der Injektionsstelle geringe Druckempfindlichkeit. Umschläge.

Den 18. November 1910. Harndrang 4—5stündlich.

Cystoskopischer Befund. 20 Tage nach der Injektion hellt sich der noch schmutziggraue Harn schwer auf. Die Blasenwand ist nicht glatt und glänzend, wie vor der Injektion, sondern stellenweise hämorrhagisch, ohne daß inzwischen die Blase lokal behandelt wäre. An der Seitenwand und dem Vertex sind feine Trabekel sichtbar. Der aus dem Sphinkter hervorgehende Tumor ist ganz glatt. Oberfläche rein. Bei der vaginalen Exploration zeigt sich die kugelige Prominenz in der hinteren Harnröhre wesentlich verkleinert. Die Blase hält leicht 120 ccm.

Pat. wird in gutem Allgemeinzustande, frei von Harnbeschwerden den 21. XII. 1910, also 35 Tage nach der Ehrlich'schen Injektion, entlassen. Vor der Entlassung zeigt das Cystoskop die Geschwulst am Sphinkter, also das Gumma, bis auf eine kleine glatte Erhabenheit verschwunden. Harn nahezu normal.

Ich glaube, daß uns in ähnlichen Fällen eine sehr genaue Anamnese und Aufnahme des klinischen Befundes speziell mit Rücksicht auf stattgehabte luetische Infektion und deren Symptome zur richtigen Diagnose führen und uns Chirurgen häufig vor operativen Mißgriffen bewahren wird.

Es ist ganz besonders zu betonen, daß eine Ehrlich'sche Injektion (0,45) zur vollständigen Heilung führte, nachdem früher vergeblich anderweitige Lokalbehandlung versucht wurde.

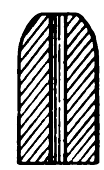
Die Pat. ist jetzt im 5. Monat nach der Injektion völlig beschwerdefrei.

---

1) **Dase. Schießversuche mit einem neuen Projektil.** (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1910. Hft. 24.)

D. hat einige Schießversuche mit dem vom Oberst Krag angegebenen durchbohrten Lochprojektil angestellt. Dieses vereinigt den Wunsch auf möglichst großes Kaliber und geringes Gewicht, und es unterscheidet sich von dem Hohl- oder Expressionsprojektil dadurch, daß es vollständig von einem Kanal durchbohrt, während letzteres nur mit einer Grube versehen ist, die ein längeres oder kürzeres Stück in das Geschoß eindringt. Bei diesem Hohlgeschoß wird die Luft beim Auftreffen komprimiert, daher wirkt es destruierend und das Geschoß deformierend.

Beim Lochprojektil des Obersten Krag ist das nicht der Fall; deswegen kann sein Geschoß auch als human bezeichnet werden. Die Schießversuche mit dem Lochprojektil ergaben daher auch kleine Ein- und Ausschüsse und keine Zerfetzung der Weichteile, während die Knochenschüsse analog den gebräuchlichen Geschossen große Zersplitterung hervorbrachten. Das Kaliber des Lochgeschosses beträgt 11,4 mm; das Gewicht 9,2 g; letzteres ist also dasselbe wie beim 9 mm-Geschoß. Verf. glaubt, daß das 11,4 mm-Projektil seiner Größe wegen vorteilhafter für den Kämpfer ist. Herhold (Brandenburg).



---

2) **E. Haga, R. Akiyama und G. Matsura. Versuche über Schußverletzungen durch Platzpatronen.** (Arbeiten aus dem Rikugun Gun-i Gakko (Kaiserlich japanische militärärztliche Akademie). Herausgegeben von Rikugun Gun- i Gakko. (Direktor: Generalarzt Prof. Dr. E. Haga). Bd. VI. Mit 42 Abbildungen. p. 1. Tokio, Druck von Shueisha, 1909.

Eine sich bei einer Felddienstübung ereignende, tödliche Platzpatronenverletzung gab Anlaß zu Schießversuchen mit Platzpatronen sowie dem japanischen Infanteriegewehr 97 und dem Karabiner 97 (Kaliber 6,5 mm) auf Papier, weißes Tuch, Glasplatten, Seife, Tonerde, lebende und tote Hunde, bekleidete und unbekleidete menschliche Leichen, menschliche Knochen, die der Weichteile beraubt waren.

Die Durchschlagskraft der Platzpatrone ist in nächster Nähe groß; sie nimmt mit der Entfernung sehr schnell ab. Für die Gesamtwirkung des Schusses kommen die Kraft der Pulvergase und die Gewalt der stets mit vorwärts geschleuderten unverbrannten Pulverkörner und Pappfetzen in Betracht.

Bis zu 10 cm Entfernung ergeben sich fast immer scharfrandige runde Löcher in den Zielgegenständen und tiefreichende Wunden. Bei feuchten Gegenständen — z. B. bei der Seife und mehr noch bei der feuchten Tonerde — zeigt sich explosive Wirkung, indem die Ränder des Loches stark nach allen Seiten vorgetrieben werden.

Während die Pulvergase etwa bis zu 10 cm Abstand dicht geschlossen sind, in Säulenform wirken und daher meistens runde Löcher erzeugen, ziehen sie sich in größerer Entfernung schnell auseinander, wobei ihre Wirkung rasch schwindet. Höchstens bis zu 30 cm Entfernung wurde an der Seife noch eine Druckwirkung durch Pulvergase bemerkt.

Die unverbrannten Pulverkörner und Pappfetzen behalten länger die ihnen mitgeteilte Bewegung bei, verursachen große Zerstörungen in den Zielgegenständen und machen an Kleidern noch in 1 m und auf der Seife noch in 1,5 m Entfernung kleine Eindrücke. Dunkelfärbung durch Pulvergase zeigt die Seife bis zu 50 cm Abstand.

Der Einfluß auf den tierischen und menschlichen Körper ist am größten in der Zone der unverminderten Wirkung von Pulvergasen und fortgeschleuderten unverbrannten Massen. Von 20 cm Abstand aus wurden die dünne Bauchwand des Hundes durchbohrt, tiefgehende, lebensgefährliche Eingeweideverletzungen hervorgerufen und durch das baumwollene Hemd hindurch die Brusthöhle der menschlichen Leiche im Zwischenrippenraume eröffnet. Von 10 cm Entfernung an werden immer größere, tiefe und unmittelbar tödliche Zerstörungen in den Brust-, in den Baucheingeweiden und in den sonstigen Weichteilen hervorgerufen und auch Knochenbrüche erzeugt. Etwa von 5 cm an beginnen die schweren Zer-

fetzungen der Weichteile und Eingeweide und Zersplitterungen von Knochen, die zu explosionsartigen Wirkungen führen.

Bei dicker Bekleidung (wollenes Oberkleid und baumwollenes Unterhemd) trat eine tiefere Wunde in den Muskeln nur bis zu 10 cm Entfernung ein. Bei 20 cm Entfernung reichte die Wirkung nicht mehr bis auf die Haut.

Hiernach unterscheidet man vier Zonen der Platzpatronenwirkung, von 1—5, 5—10, 10—30, 30—150 cm Entfernung. Darüber hinaus fehlen Wirkungen.

In Zeiten häufiger Nachtübungen müssen die Truppen über die Gefahr der Verletzungen durch Platzpatronen aufgeklärt werden.

Hinweise auf zehn einschlägige Veröffentlichungen.

Georg Schmidt (Berlin).

---

3) **F. Omachi. Über das traumatische Aneurysma arterio-venosum.** (Arbeiten aus d. Rikugun Gun-i Gakko Bd. VI. Mit 7 Abbildungen. p. 66. Tokio 1909.)

Einschließlich von 38 Fällen, die während des letzten russisch-japanischen Krieges im Reservelazarett Tokio behandelt wurden, stellt O. 220 Fälle aus den bisherigen Veröffentlichungen zusammen. Art der Gefäßverletzung, Entwicklung, Erkennung, Behandlung werden auch auf Grund der eigenen Erfahrungen eingehend besprochen — 37 wurden in Tokio operiert. Bei 3 wurden die Gefäße ober- und unterhalb der Geschwulst unterbunden: 2 Mißerfolge. — 15mal wurden die ab- und zuführenden Gefäße ober- und unterhalb der Geschwulst unterbunden, diese eröffnet und ausgeräumt sowie leicht zu entfernende Stücke des Sackes mit fortgenommen: 11 zufriedenstellende Ausgänge, 4 durch Eiterung verzögerte Heilungen. — Die doppelte Unterbindung der zu- und abführenden Gefäße sowie der zahlreichen kleinen Kollateralen in der Umgebung der Geschwulst und die Herausnahme des Blutsackes wurden 23mal mit Erfolg ausgeführt; einmal schloß sich Brand der Fingerspitzen und des Daumens an. Ein anderer Kranker, der wiederholt nach den verschiedenen Verfahren operiert worden war, wurde stets rückfällig. Es ist zu empfehlen, erst nach der Ausbildung von Kollateralen, d. h. etwa nach 3 Wochen, zu operieren, falls sich die äußere Wunde geschlossen hat. Falls letzteres noch nicht der Fall ist, kann der Operation Brand folgen, selbst wenn mehr als $1^1/_2$ Monate nach der Verletzung verstrichen sind.

Ein Mann wurde dienstfähig. 5 andere waren, was die Blutsackbildung anlangt, geheilt und wurden wegen anderer Verletzungen entlassen.

In den neueren Kriegen häufen sich die Gefäßschüsse und damit die Pulsadergeschwülste. Am meisten betroffen sind A. femoralis, dann die A. poplitea, carotis, subclavia. Venöse Arterienaneurysmen und arterielle Venenaneurysmen kommen ungefähr gleich oft vor. Bei der Mehrzahl der Gefäßschüsse sind auch die Nerven verletzt. Nach der Entfernung des Aneurysmasackes treten häufig narbige Schrumpfung der Gewebe und infolgedessen Gefühls-, Bewegungs-, und Ernährungsstörungen ein. Die Hautwärme der verletzten Gliedmaße unterscheidet sich nicht stets gleichmäßig von der der gesunden Seite. Die sicherste Operation ist die Herausnahme des Blutsackes mit sorgfältiger Unterbindung aller zu- und abführenden Gefäße.

Neun Krankengeschichten. Georg Schmidt (Berlin).

---

4) Filbry. Über einen neuen Transportverband im Kriege aus Aluminium-Streckmetall. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1910. Hft. 22.)

Das Aluminium-Streckmetall, welches F. an Stelle von Schusterspan, Aluminiumschienen, Pappschienen usw. für kriegschirurgische Zwecke empfiehlt, stellt ein gitterförmiges, gestanztes Aluminiumgeflecht dar, das in Tafeln in jeder beliebigen Größe in den Handel kommt. Aus den Tafeln lassen sich mit jeder beliebigen Schere Schienen in gewünschter Größe schneiden, die Schiene paßt sich vermöge ihrer Schmiegsamkeit jeder Körperform an, so daß eine Unterpolsterung überflüssig wird. Das betreffende Glied wird mit einem Trikotschlauch überzogen oder mit einer beliebigen Binde umwickelt. Nun schneidet man aus der Tafel ein Stück so breit, daß es zwei Drittel des Gliedumfanges umfaßt, modelliert es fest der Gliedform an und legt einige Gipsbinden herum. Der Verband ist im Gegensatz zum Gips- und Schienenverbande sehr leicht; er läßt sich leicht abnehmen. Das Streckmetall wird hergestellt von der Firma Schüchtermann & Kremer. Herhold (Brandenburg).

---

5) Das Königliche Hauptsanitätsdepot in Berlin. Heft 47 der Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens. Herausgegeben von der Medizinal-Abteilung des Königlich Preußischen Kriegsministeriums. VIII. u. 38 S. Mit 3 Tafeln und 24 Abb. im Text. Berlin, August Hirschwald, 1911.

Das Hauptsanitätsdepot in Berlin steht als Sammelstelle für die Prüfung, Herrichtung, Erhaltung der Sanitätsausrüstung unmittelbar unter der obersten Heeressanitätsverwaltung. Die sich im Laufe der Jahre verdichtenden Erfahrungen spiegeln sich in dem vorliegenden Werke wieder und sind auch für den Chirurgen von Wert, der sein Rüstzeug sachverständig beurteilen will (Prüfung und Behandlung der ärztlichen Instrumente, der Gummisachen, der Seide, des Catguts; Bearbeitung der Verbandstoffe; Herstellung gewisser Arzneimischungen usw.).

Ein Verzeichnis von 22 Veröffentlichungen, die seit 1904 aus dem Hauptsanitätsdepot hervorgegangen sind oder mit seiner Tätigkeit in enger Verbindung stehen, ist angefügt. Georg Schmidt (Berlin).

---

6) Bayer. Ergänzendes über den Eisenstoffwechsel bei der myeloischen Leukämie vor und nach Röntgenbestrahlung. (Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XXII. Hft. 4.)

In einer früheren Arbeit kam B. zu dem Resultat, daß die Röntgenstrahlen auf dreierlei Weise in den Eisenstoffwechsel der Milz eingreifen 1) durch Steigerung des intermediären Zellzerfalls, 2) durch funktionelle Schädigung der Milz in ihrer Eisenretention und 3) durch Mobilisation aufgestapelten Reserveeisens. Weitere Untersuchungen an myeloischen Leukämikern ergaben, daß sich bei dem Kranken eine erheblichere Eisenretention als beim Gesunden fand, nach der Röntgenbestrahlung aber beim Milzkranken der Anstieg des Eisenexports sehr viel stärker war. Der Grad der Eisenretention und der Grad der Leukocytenvermehrung als Ausdruck des verschiedenen Krankheitsstadiums standen bei der myeloischen Leukämie in einem Parallelismus zueinander. Haeckel (Stettin).

7) Muskens. Klinischer und experimenteller Beitrag zur Kenntnis des Chloroformspättodes. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd XXII. Hft. 4.)

M. gibt zunächst einen Fall von reinem Chloroformspättod: Bei einem 15jährigen jungen Manne wurden zuerst an der einen, 2 Monate später an der anderen Halsseite tuberkulöse Halsdrüsen in Chloroformnarkose exstirpiert. 69 Stunden nach der letzten Operation Tod im Koma. Die Autopsie ergab die hauptsächlichsten Veränderungen in der Leber: im Zentrum der Acini Destruktion der Zellen und Zerfall der Kerne, in der Peripherie starke Fettanhäufung. Im Herzen und den Nieren geringe Veränderungen. Unter Ausschluß anderer Todesursachen (Sepsis, Jodoformintoxikation) ist der Fall als reiner Chloroformspättod aufzufassen.

Verf. stellte sodann eine Reihe von Tierexperimenten an, unter genauer Nachahmung der Narkose beim Menschen: Fasten vor der Narkose, Tropfmethode usw. Von 25 Tieren starben 8 an Narkosenspättod; 8 andere wurden in verschiedenen Stadien getötet, um die jeweiligen Veränderungen zu studieren. Übereinstimmend fand sich, daß akute Degeneration des Leberparenchyms der wichtigste Befund bei diesen Versuchen war. Die Fettkörnchen in den Leberzellen entstehen höchst wahrscheinlich nicht in der Leber selbst, sondern im ganzen Fettgewebe des Körpers löst sich das Chloroform, die Chloroform enthaltenden Fetteilchen wandern aus dem Gewebe ins Blut, dieses transportiert sie in die Leber, wo sie zu einer akuten Lebervergiftung führen. Für die Prophylaxe würde sich aus diesen Anschauungen ergeben, daß man dahin streben sollte, vor der Narkose das Fett in den Fettdepots möglichst zu vermindern.

Haeckel (Stettin).

---

8) G. Bertone (Torino). Potere emolitico del siero di sangue del carcinomatosi e suo valore diagnostico. (Clinica chirurgica 1911. Nr. 2.)

Verf. bestimmte bei 32 Karzinomatösen, 8 Sarkomkranken und 50 Gesunden die Hämolyse nach Crile. Er fand bei den 32 Karzinomen nur 7mal deutliche, 10mal sehr schwache, bei den 8 Sarkomatösen 5mal und bei den 50 Gesunden 8mal Hämolyse. Er schließt daraus und aus den Schwierigkeiten, die der Reaktion sonst noch entgegenstehen (Anwendung roter Blutkörperchen von vielen gesunden Menschen), daß sie bei der Diagnose bösartiger Geschwülste keinen Wert hat.

Stocker jun. (Luzern).

---

9) R. Gutzeit (Neidenburg). Zur Behandlung des äußeren Milzbrandes. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 6.)

An der Hand eigener Erfahrungen weist G. darauf hin, das jede mechanische Reizung des Milzbrandkarbunkels dazu angetan ist, das begleitende Ödem zu steigern und der Allgemein- und Sekundärinfektion Vorschub zu leisten. Selbst die Abnahme von Impfmaterial mit der Platinöse ist nicht ganz unbedenklich, wenn sie erst nach einigem Kratzen gelingt. Dagegen heilen von vornherein vollständig in Ruhe gelassene und mit größter Schonung (Salbenlappen, Schiene) behandelte Milzbrandkarbunkel meist völlig reaktions- und fieberlos in kürzester Zeit aus.

Das beweist zugleich am besten, daß der Milzbrandkarbunkel zunächst immer nur eine örtliche Erkrankung ist.

(Selbstbericht.)

10) D. Zesas (Bern). Les complications ostéo-articulaires de la fièvre de Malte. (Arch. génér. de chir. 1911. V. 1.)

Der Autor führt eine Krankengeschichte von M. J. Brault an, aus der mit Sicherheit hervorgeht, daß das Maltafieber zur wirklichen Ostitis führen kann, und daß demzufolge die oft bei Maltafieber beobachteten Muskel- und Gelenkschmerzen auf ostitische Herde in den verschiedenen Knochen zurückzuführen sind.

In dem Brault'schen Falle konnten bei der Autopsie Erkrankungen im Bereiche des Schädels, des linken Oberschenkels, und des linken Schienbeins nachgewiesen werden. Der vorgefundene Eiter erwies sich als steril.

Z. betont, daß das Maltafieber sich oft auch im Bauchfell und in der Nähe des Wurmfortsatzes lokalisiert und dadurch zu Peritonitis und Pseudoappendicitis Veranlassung geben kann.

Therapeutisch kommen feuchte Wärme und Immobilisation in Betracht.

M. Strauss (Nürnberg).

---

11) G. A. Bannatyne. A note on the treatment of rheumatoid arthritis by vaccines. (Brit. med. journ. 1911. Januar 28.)

Es gelang dem Verf., in zwei Fällen von schwerem chronischen Gelenkrheumatismus, der schon $1^1/_2$ und 10 Jahre bestanden hatte, bei wiederholten Blutuntersuchungen diplokokkenähnliche, grampositive Mikroorganismen nachzuweisen und zu kultivieren. Die daraus hergestellte Vaccine wurde in einer Dosis von 5 Millionen jeden 3. Tag eingespritzt und erzielte bei beiden auffallende und schnelle Besserung der Schmerzen und der Gelenkbeweglichkeit. In beiden Fällen waren vorher ohne irgendwelchen Erfolg die verschiedensten Mittel versucht worden.

Weber (Dresden).

---

12) P. Vignard et R. Armand (Lyon). Des progrès dans le traitement chirurgical des tuberculoses ostéo-articulaires. Essai critique et thérapeutique. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 10 u. 11.)

Die Fortschritte in der Knochen- und Gelenkchirurgie haben die Indikationen für die chirurgische Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose erweitert und ihre Resultate verbessert. Nur die Tuberkulose der Wirbel- und der Beckenknochen hat von diesen Fortschritten weniger Nutzen gehabt wegen der schweren Zugänglichkeit, der Gefährdung benachbarter Organe, der Blutungs- und Infektionsgefahr.

Trotzdem halten die Verff. prinzipiell an der immobilisierenden Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose als der Methode der Wahl fest, da sie orthopädisch, besonders bei jugendlichen Individuen, die besten Erfolge gibt und etwa drei Viertel der Gelenktuberkulosen zur Heilung führt.

Die Injektionsbehandlung ist bei der Synovialtuberkulose und bei Abszessen, wenn die Knochenherde vernarbt sind, zweckmäßig. Sie zum Grundsatz zu erheben, halten Verff. im Gegensatz zu Calot schon deshalb für verkehrt, weil die reine Synovialtuberkulose äußerst selten ist und für die Ausheilung der Knochentuberkulose die Immobilisation weit größere Bedeutung hat als die Injektionsbehandlung.

Verschlimmert sich eine Gelenktuberkulose trotz Feststellung der Gelenke für längere Zeit (5—10 Monate je nach dem Gelenk), so hat eben die chirurgische Behandlung Platz zu greifen. Das Gleiche gilt, wenn ein Knochenherd, besonders ein juxtaartikulärer, leicht zugänglich ist. Überhaupt sprechen sich die

Verff. dahin aus, daß die Chirurgie der Knochen- und Gelenktuberkulose immer mehr von typischen Resektionen absehen und die Krankheitsherde selbst angreifen soll. Indikationen und Technik werden für jedes Gelenk besonders besprochen. Verff. sind begeisterte Anhänger der v. Mosetig'schen Knochenplombe bei nicht fistulösen und nierengesunden Kranken. Strengste Asepsis und Fortlassen jeder Drainage sind für ihr Gelingen unbedingte Voraussetzung. Sie hat den großen Vorteil, die Knochenhöhlen zu verschließen, die Absonderung zum Versiegen zu bringen und durch ihren Jodoformgehalt auf das etwa noch erkrankte Gewebe zu wirken, ohne den Körper der Gefahr der Intoxikation auszusetzen. Die Vernarbung wird dadurch äußerst günstig beeinflußt, die Behandlung abgekürzt.

Durch viele Krankengeschichten und Röntgenbilder wird die Darstellung belebt. Auf die Allgemeinbehandlung legen Verff. sowohl bei der konservativen als bei der chirurgischen Behandlung den größten Wert.

Neben den Anschauungen der Lyoner Schule bringt die Arbeit einen geschichtlichen Abriß der chirurgischen Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose in Frankreich und polemisiert gegen die für einseitig gehaltenen Methoden Calot's. Mit den Anschauungen der deutschen Chirurgen hat sie vielfache Berührungspunkte. Gutzeit (Neidenburg).

---

13) **Peltesohn. Erfahrungen mit der subkutanen Arthrodese.** (Berl. klin. Wochenschrift 1911. Nr. 5.)

Die subkutane Versteifung paralytischer Gelenke besteht bekanntlich darin, daß durch die zu verbindenden Knochen derbe Elfenbeinstifte von kleinen Stichinzisionen aus ohne vorherige Bohrung von Laufkanälen eingeschlagen werden. Der Gedanke dieser Gelenkbolzung stammt von Lexer und ist von Bade in der angegebenen Weise modifiziert worden. An der Berliner orthopädischen Univ.-Poliklinik wurden nun drei Pat. mit dieser subkutanen Arthrodese behandelt; in keinem Falle versteifte das Gelenk. Zweimal brachen nach kurzer Zeit die Elfenbeinstifte im Niveau des Gelenkspaltes spontan oder nach unbedeutendem Trauma; im dritten Falle durchbrach der Stift die Corticalis der Tibia an einer schwachen Stelle. Es wird bezweifelt, ob durch die Bolzung überhaupt eine dauernde Arthrodese erreicht werden kann, da sich nachweisen ließ, daß die Synovia einen stark zerstörenden Einfluß auf Elfenbein ausübt. Außerdem wurde an einem später gewonnenen Resektionspräparat festgestellt, daß das Gelenk gar nicht auf die Stifte reagiert, daß Verwachsungen vollkommen ausbleiben. Dieser wichtige Befund konnte auch mikroskopisch erhärtet werden.

Da die Vorschriften genau befolgt wurden, soll die Methode allein die Schuld für die Mißerfolge tragen. Und Verf. erklärt, daß die subkutane Arthrodese an dem oben genannten Institute nicht mehr angewendet wird, vielmehr die alten bewährten, wenn auch komplizierteren Operationen wie bisher ausgeführt werden. Ein dauernder Schaden ist keinem der mit Bolzung behandelten Kinder erwachsen.

Glimm (Klütz).

---

14) **A. Chauffard (Paris). L'urotropine dans le traitement des infections biliaires aiguës.** (Semaine méd. 1911. Nr. 10.)

C. empfiehlt Urotropin als ideales Antiseptikum bei akuten Infektionen des Gallensystems sowohl durch Eiterkokken als auch durch Coli- und Typhusbazillen, ferner zur präoperativen Sterilisation infizierter Gallenblasen. Die

Angaben Crowe's, daß das Urotropin teilweise durch die Galle ausgeschieden wird, fand C. bei eigenen Experimenten an Pat. mit operativen Gallenblasenfisteln bestätigt; die Gallenausscheidung war konstant, rasch eintretend und ebenso intensiv wie die Ausscheidung durch den Urin. C. gibt 2—3 g pro die.

Mohr (Bielefeld).

---

15) Gruet et Bressot. Hepatites suppurées. (Arch. de méd. et de pharm. militaires 1910. November.)

Die Verff. haben eine Anzahl Fälle von Leberabszessen klinisch und pathologisch-anatomisch studieren können. 15 Fälle wurden obduziert, und fand man bei allen mit Ausnahme von zweien dysenterische Veränderungen im Darm. Die Leber hatte teils ihre natürliche Größe, teils war sie vergrößert, in drei Fällen cirrhotisch. Das Pankreas war in den meisten Fällen vergrößert und sklerosiert, siebenmal wurden Veränderungen an den Brustfellen gefunden. Nach Ansicht der Verff. bekommen sehr viele Leute, die an tropischer oder einheimischer Dysenterie litten, Leberabszesse. Auch Traumen können an und für sich Leberabszesse hervorrufen, besonders wenn die Leber infolge Alkoholismus oder Malaria verändert ist. In den beobachteten Fällen, von denen einige ausführlich geschildert werden, wurden die bekannten klinischen Symptome: Druckschmerz, Verbreiterung von ein oder zwei Zwischenrippenräumen, Dämpfung über der rechten unteren Lungengrenze, angetroffen, zuweilen jedoch wurde der Abszeß durch Erscheinungen markiert, die auf Appendicitis, Pleuritis, Typhus usw. hinwiesen; endlich machte der Abszeß auch zuweilen gar keine krankhaften Erscheinungen. Die Operation soll stets, und zwar auch dann ausgeführt werden, wenn der Abszeß in benachbarte Organe durchgebrochen ist, Ausschabung der Abszeßhöhle darf höchstens bei chronischen Abszessen, niemals bei akuten ausgeführt werden. Als Kontraindikationen gegen die Operation können nur ganz schwere Lungenaffektionen gelten; hier kann man etwas zuwarten, bis die Lungenaffektion gebessert ist. Herhold (Brandenburg).

---

16) F. Lejars (Paris). Difficultés et ressources du diagnostic dans certains kystes hydatiques suppurés du foie. (Semaine méd. 1911. Nr. 12.)

L. berichtet über mehrere Operationen wegen vereiterter Echinokokkuscysten der Leber, welche durch erhebliche diagnostische Schwierigkeiten kompliziert wurden.

Eine 38jährige Frau wurde mit der Diagnose: Cholecystitis calculosa suppurativa operiert; es fand sich jedoch ein subkapsulärer Eiterherd im rechten Leberlappen, der als angiocholitischer Abszeß angesprochen und breit eröffnet und drainiert wurde. Die Leber schien im übrigen völlig normal zu sein. Zunächst glatter Verlauf, doch mußte nach dem positiven Ausfall der Fixationsreaktion eine Echinokokkuserkrankung angenommen werden. Nach 14 Tagen trat wieder remittierendes Fieber und Ikterus auf, es wurde eine inoperable, diffuse Leberinfektion angenommen; als letzter Versuch wurde von der Operationswunde aus mit dem Messer der rechte Leberlappen punktiert und in etwa 5 cm Tiefe eine große, intrahepatische, vereiterte Cyste festgestellt, aus der mehr als $1^1/_2$ l Eiter sich entleerte. Drainage, glatte Heilung. Demnach war die zweiffellos vorhandene diffuse eitrige Angiocholitis nur als Sekundärerscheinung der vereiterten Echinokokkuscyste aufzufassen.

Auch im zweiten Falle wurde bei der 30jährigen Pat. auf Grund des örtlichen Befundes zunächst eine Cholecystitis calculosa angenommen. Doch fand sich die Gallenblase bei der Operation völlig normal, dagegen entlang dem Leberstiel eine Kette von großen, drüsenförmigen Anschwellungen, die sich bei der Inzision als vereiterte Echinokokkuscysten herausstellten. Heilung.

L. führt ferner Fälle an, in denen die Differentialdiagnose gegenüber tropischem Leberabszeß und einer Lebertuberkulose schwierig war; der Ausfall der Fixationsreaktion entscheidet die Diagnose. Auch die Entscheidung, ob nach einer früheren Operation einer Echinokokkuscyste ein Rezidiv anzunehmen ist, kann bei unklarem Symptomenbild, wie L. es in zwei Fällen erlebte, schwer zu treffen sein. In mehreren Fällen zeigte das Röntgenbild das Vorhandensein eines hoch oben in der Leber gelegenen, die entsprechende Zwerchfellhälfte teilweise empordrängenden und immobilisierenden Herdes; die Auffindung der vereiterten Cyste bei der Operation wurde auf diese Weise erleichtert. Im Gegensatz zu der Ansicht, daß die Fixationsreaktion bei eiternden Echinokokkuscysten versagt, fand L. letztere auch in diesen Fällen stets positiv beweisend; bei negativer bleibt die Diagnose zweifelhaft. Mohr (Bielefeld).

---

17) **Arthur Klein** (Chicago). Spätdiagnose einer gummösen Leberlues. Inaug.-Diss. München 1910.

Beschreibung eines Falles von multipler Gummabildung in der Leber, die im Anschluß an ein Trauma (Sturz aus 5 m Höhe bei einem Gerüsteinbruch) aufgetreten war. Der Fall bot bedeutende diagnostische Schwierigkeiten. Durch Laparotomie war zunächst die Diagnose auf Carcinoma hepatis gestellt, zumal anamnestisch keinerlei Anhaltspunkte für Lues vorhanden waren; erst als der weitere Verlauf der Krankheit (Ausbleiben der Kachexie) absolut nicht zu der Diagnose passen wollte, wurde $3^1/_4$ Jahr nach dem Trauma die Wassermannsche Probe angestellt, die positiv ausfiel. Die daraufhin eingeleitete antisyphilitische Behandlung hatte vollen Erfolg. Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

18) **Feldhahn.** Magen-Darmblutung bei Cholecystitis purulenta. (Med. Klinik 1911. p. 416.)

Nach früheren Gallensteinkoliken traten neuerdings bei einem Manne Magenbeschwerden und Blutbrechen auf, das unter zunehmender Abmagerung zum Tode führte. In der Leiche fand sich keine Verletzung der Schleimhaut. Es bestanden Verwachsungen von Dickdarm, Mesenterium und Lebergallenblasengegend, nach deren Lösung sich ein Eiterherd entleerte, der mit der Gallenblase durch ein Loch in Verbindung stand. Georg Schmidt (Berlin).

---

19) **N. N. Athanasescu** (Bukarest). Betrachtungen über die Diagnose, Prognose und Behandlung der Gallensteine. (Revista stiintzelor med. 1910. November—Dezember.)

Die Diagnose der Gallensteine ist oft mit großen Schwierigkeiten verbunden, da die Symptome in vielen Fällen gar nicht auf die Gallenblase hindeuten. So erwähnt Verf. mehrere Fälle, in welchen man Magenkrebs, Magengeschwür, Wanderniere, für welche sogar die Nephropexie vorgenommen worden war, Pyloruserkrankungen u. a. diagnostiziert und in welchen es sich um Gallensteine gehandelt hatte, deren Entfernung die peinlichen krankhaften Erscheinungen zum Schwinden gebracht hatte. Man muß daher als Regel aufstellen, daß jeder heftige und per-

sistierende Schmerz in der hepatischen, gastrischen oder periumbilicalen Gegend an Gallensteine denken lassen soll, wobei nicht vergessen werden darf, daß in einer großen Anzahl von Fällen diese Krankheit derart auftritt, daß man viel eher an eine Erkrankung des Magens denkt als eine solche der Leber oder Gallenblase. Ein anderes wichtiges Zeichen ist die Art der Verdauung, indem die meisten Kranken etwa $^3/_4$ oder 1 Stunde nach der Mahlzeit, selbst wenn diese gar nicht reichlich war, ein Gefühl von Völle in der Magengegend haben. Bei vielen treten Übelkeiten, Aufstoßen und selbst Erbrechen auf. Namentlich sind es gewisse Nahrungsmittel, wie grüne Früchte, Käse, Tee und Kaffee, die diese Zustände hervorrufen. Bemerkenswert ist der Umstand, daß dieses Gefühl von Völle in Verbindung mit einem Krampfe des Zwerchfells auftritt, derart, daß die Atmung erschwert erscheint und die Inspirationen nicht die nötige Tiefe haben. Kalte Schauer (»Gänsehaut«) und oft sehr hartnäckige Kopfschmerzen sind weitere Symptome, die auf die Krankheit hindeuten können, falls sie in Verbindung mit den oben erwähnten auftreten.

Bezüglich der Behandlung beginne man mit einer medikamentösen, hauptsächlich mit strengen diätetischen Maßnahmen, die oft heilend einwirken können. Operativ ist die Cholecystostomie oder, wo notwendig, die Cholecystektomie der einfachen Eröffnung und Entfernung des Steines, mit nachfolgender Naht, vorzuziehen, da mit letzterer Rezidive oft beobachtet werden.

E. Toff (Braila).

---

20) W. Kausch. Mein schräger Gallenblasenschnitt. (Beitrag zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 3.)

Verf. zählt zunächst die wichtigeren, heute geübten Bauchschnitte auf, die einen guten operativen Zugang zu den Gallenwegen und der Leber verschaffen sollen. Sodann beschreibt er den von ihm schon 1899 angegebenen Schrägschnitt, der aber nur in dem »Handbuch der praktischen Chirurgie« von v. Bergmann-Bruns beschrieben und anscheinend nur in der v. Mikulicz'schen Klinik und von Kausch selbst angewandt wurde. Der Schnitt beginnt am rechten Rippenbogen in der Mammillarlinie und endet in der Mittellinie oberhalb des Nabels, verläuft also von oben lateral nach unten medial. Er verläuft parallel den Interkostalnerven, schont sie also. Er verhütet damit Muskellähmungen und dadurch bedingte postoperative Hernien. K. hat im Schöneberger Krankenhaus in 48 Fällen den Schnitt mit gutem Erfolge angewandt. Er faßt seine Vorzüge dahin zusammen:

»Mein schräger Gallenblasenschnitt ist ein topographisch-anatomisch richtig angelegter Schnitt, der die Bauchdeckennerven schont. Er ist in dieser Beziehung allen anderen Schnitten, abgesehen von dem für die Gallenblase weniger geeigneten Medianschnitt, überlegen. Er gibt einen guten Zugang zum Gallensystem und zur Leber.«

H. Kolaczek (Tübingen).

---

21) F. Lejars (Paris). Les indications et la technique des anastomoses bilio-intestinales. (Semaine méd. 1911. Nr. 4.)

Die Indikationen zur Anastomosenbildung zwischen Gallenwegen und Darm sind bei der Cholelithiasis nur selten, am häufigsten bei chronischen, gutartigen oder bösartigen Verhärtungen des Pankreaskopfes gegeben. Die Gefahr einer aufsteigenden Galleninfektion ist bei geeigneter Technik nicht hoch zu veranschlagen. Die Cholecysto-Gastrostomie, welche L. viermal bei sehr schweren

Fällen mit Erfolg ausführte, verdient ausgedehntere Anwendung, die Cholecysto-Duodenostomie bleibt jedoch vorläufig noch die Methode der Wahl. Bei abnorm verdickter oder geschrumpfter Gallenblase oder bei Undurchgängigkeit des D. cysticus kommt nur die Choledocho- oder Hepatico-Duodenostomie in Betracht. Ein Fall, in welchem letztere Methode angewendet wurde, wird ausführlicher mitgeteilt. Die Erfolge der Cholangio-Enterostomie (ein eigener Fall) und der Cholangio-Cysto-Enterostomie sind wenig ermutigend, die Operation ist, wenn die übrigen Verfahren nicht anwendbar sind, als ultimum refugium zu betrachten.

Mohr (Bielefeld).

---

22) **P. Bode (St. Petersburg). Zur operativen Behandlung der Pankreaserkrankungen.** (Beitr. z. klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 3.)

Die Arbeit stammt aus der Lexer'schen Klinik in Königsberg und umfaßt 16 klinische Fälle aus einem Zeitraum von 5 Jahren. Verf. gruppiert dieselben in folgender Weise: Pankreascysten 2 Fälle, Pankreaskrebs 1 Fall, akute eitrige Pankreatitis 3 Fälle, chronische Pankreatitis 5 Fälle, Pankreasblutung 5 Fälle. Die Krankengeschichten werden mitgeteilt, die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie bei den einzelnen Gruppen unter ausgiebiger Heranziehung der Literatur besprochen.

Folgende Sätze — gekürzt — bezeichnet Verf. als die Schlußfolgerungen aus seiner Arbeit:

1) Wenn bei einer vorliegenden Geschwulst der Bauchhöhle eine Pankreascyste vermutet wird, so ist eine Probepunktion zu diagnostischen Zwecken bei uneröffneter Bauchhöhle als gefährlich zu verwerfen.

2) Die Symptome, welche ein Pankreaskarzinom macht, sind nicht eindeutig; namentlich ist zurzeit eine sichere Differentialdiagnose zwischen Pankreaskarzinom und chronischer Pankreatitis nicht möglich.

3) Die Pankreasnekrose ist keine idiopathische Erkrankung, sondern nur die Folge einer Entzündung oder einer Blutung der Pankreas.

4) Die Fettgewebsnekrose ist ebenfalls keine idiopathische Erkrankung, sondern nur ein Symptom verschiedener Pankreasaffektionen.

5) Als wesentliche Vorbedingung für das Zustandekommen der Fettgewebsnekrose erscheint der Übertritt des Pankreassekretes in das interacinöse Gewebe. Dieser Vorgang kann nur dann eintreten, wenn das Epithel und die Membrana propria der Drüsenschläuche zerstört werden; letzteres kann geschehen durch Entzündung oder Blutung.

6) Die Fettgewebsnekrose findet sich anscheinend am häufigsten bei der Pankreasblutung (bei allen fünf Fällen des Verf.), weniger häufig bei der akuten Pankreatitis (unter drei Fällen zweimal), noch seltener bei der chronischen Pankreatitis (unter fünf Fällen einmal). Das beruht wohl darauf, daß die oben erwähnten Gewebselemente bei der Blutung rascher und ausgedehnter vernichtet werden, als bei der akuten oder gar bei der chronischen Entzündung der Pankreas. Literaturverzeichnis.

H. Kolaczek (Tübingen).

23) **Rothschild. Lehrbuch der Urologie und der Krankheiten der männlichen Sexualorgane.** Mit 162 teils farbigen Abbildungen und einer farbigen Tafel. Preis geb. 15.— Mk. Leipzig, Werner Klinkhardt, 1911.

Das 522 Seiten umfassende Lehrbuch behandelt zuerst in einem allgemeinen Teile die Untersuchungsmethoden bei urologischen Erkrankungen; dabei werden eingehend die instrumentellen Methoden, die Sondenuntersuchung, der Katheterismus, die Handhabung der Injektions- und Spülapparate und besonders auch die endoskopischen Methoden besprochen. Es ist in diesen Kapiteln alles Wissenswerte und praktisch Wichtige in knapper Form zusammengestellt. Verf. vertritt den Grundsatz seines Lehrers Nitze, daß der doppelseitige Harnleiterkatheterismus besonders bei Erkrankung einer Seite gewagt und daher möglichst zu vermeiden sei, zumal er auch praktisch unnötig wäre, ein Standpunkt, der bekanntlich von einer großen Zahl der Urologen nicht mehr geteilt wird. Etwas knapp ist die Darstellung der röntgenographischen Untersuchung bei Urolithiasis weggekommen.

Der spezielle Teil bringt in übersichtlicher, lehrbuchmäßiger Form die Besprechung der Erkrankungen der Harnwege von der Harnröhre bis zur Niere. Auf die Darstellung der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Symptomatologie und Diagnose der betreffenden Erkrankungen ist offenbar der Hauptwert gelegt worden; in den die Therapie behandelnden Abschnitten sind öfters die chirurgischen Eingriffe nur skizziert oder kurz aufgeführt (Chirurgie des Hodens und des Samenstranges, der Wanderniere). Unter anderem bringt übrigens das Kapitel »Prostatahypertrophie« eine eingehende Schilderung der chirurgischen Maßnahmen. In einem besonderen 40 Seiten umfassenden Abschnitt werden die funktionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparates in übersichtlicher Gliederung behandelt.

Das Werk ist ein gut orientierendes auf dem Boden der modernsten Erfahrungen stehendes Lehrbuch und kann als solches dem Praktiker wie dem Spezialarzt angelegentlichst zur Lektüre empfohlen werden.

Voeckler (Magdeburg).

---

24) **Carl Franke. Ätiologisches zur Coliinfektion der Harnwege.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 4.)

Drei Wege gibt es für Infektion der Nieren mit Colibazillen: Die Blutbahn (deszendierende Infektion), von der Blase aus (aszendierend) und die Lymphbahnen.

Gegen den deszendierenden Weg ist angeführt worden, daß man im Beginn der Schwangerschaft oft nur im Blasenurin, nicht aber im Harnleiterurin Colibazillen findet. Daraus aber zu schließen, daß die Bazillen nicht von der Niere aus in die Blase gelangt seien, ist nicht angängig; denn F. spritzte Kaninchen Colikultur ins Nierenbecken, exstirpierte später die Nieren und fand diese in einem Teil der Fälle bazillenfrei, während im Blasenharn Bazillen waren. Da in den Nieren und Harnleitern ein fast ständiger Strom besteht, während in der Blase der Urin mehrere Stunden sich staut, haben die Bazillen in der Blase eben bessere Existenzbedingungen.

Verf. untersuchte ferner durch Injektion nach der Gerota'schen Methode die Beziehungen der Lymphbahnen des Darmes zu denen der Nieren und fand, daß rechts stets eine Lymphgefäßverbindung vom Dickdarm zur Niere besteht, links wahrscheinlich auch. Dadurch würde sich auch erklären, daß sich rechts

die Pyelitis häufiger findet, als links. Nach mehrtägiger Verstopfung der Tiere durch Opium konnte er feststellen, daß in die mesenterialen Lymphdrüsen Colibazillen übergetreten waren. Danach ist also ein Überwandern von Colibazillen auf dem Lymphwege in die Nieren durchaus verständlich.

Haeckel (Stettin).

---

25) H. Louis Rocher. Torsion congénitale de la verge. (Journ. de méd. de Bordeaux 1910. Nr. 46 u. 47.)

Verf. beobachtete innerhalb der letzten 5 Jahre elf Fälle von Torsion des Penis und konnte in der gleichen Zeit noch acht Fälle in der Literatur feststellen. Im allgemeinen ist die Mißbildung mit anderen Verbildungen des Harn-Geschlechtsapparates vergesellschaftet, doch sind diese oft sehr gering, so daß die Abnormität nur zufällig gefunden wird. Sieht man an der Torsion bei Epispadien ab, so dreht sich der ganze freie Teil des Penis um seine Längsachse im umgekehrten Sinne des Uhrzeigers, wobei die obere Kommissur der äußeren Harnröhre den Drehpunkt bezeichnet. Am häufigsten endet die Drehung nach 90° (3 Uhr) und überschreitet 180° (12 Uhr) nicht. Die oft sehr geringen Grade von Hypospadie werden eingehend besprochen, ebenso die Ätiologie. Die Behandlung richtet sich, wenn notwendig, gegen die begleitenden Mißbildungen (angeborene Harnröhrenverengerung, Hypospadie, Ektopie usw.).

16 Abbildungen, meist skizzenförmig ausgeführt, im Text.

Boerner (Erfurt).

---

26) J. Chadzynski. Sur un cas unique de malformation congénitale de l'urèthre découverte à l'endoscopie. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 3. 1911.)

Eigentümliche brückenartige Schleimhautduplikatur in der Harnröhre, die gelegentlich der Endoskopie mit einem starken Tubus entdeckt wurde; galvanokaustische Entfernung. Der Fall, der durch mehrere gute Abbildungen illustriert ist, erinnert an eine Beobachtung von Foisy. Paul Wagner (Leipzig).

---

27) Carlo Cusini Rippa. Grosso calcolo obliterante dell' uretra bullosa. Fortunata estrazione pel meato urinario. (Gazz. degli osped. e delle clin. 1911. Nr. 26.)

15stündige Harnverhaltung ohne frühere Symptome im Urogenitalkanal. Sehr starke Schmerzen im Unterleibe. Am Damm fühlt man einen harten runden Körper in der Pars bullosa. Es gelingt, einen Nélatonkatheter hinter den Fremdkörper zu führen. Beim Hinausziehen des Katheters wird mit großer Mühe ein kirschgroßer Stein bis zum Orificium externum herausgewälzt und nach blutiger Erweiterung des Orificium entfernt. Dreyer (Köln).

---

28) Bronner. Traitement des urétrites chroniques par la methode d'aspiration. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 2. 1911.)

In dieser »vorläufigen« Mitteilung berichtet Verf. über einen von ihm konstruierten Apparat zur Aspiration und Auswaschung der Harnröhre bei chronischen Urethritiden. Der Apparat ist von allen Kranken bisher gut vertragen worden. Er aspiriert neben zahlreichen Epithelien auch die Drüsensekrete. Diese Aspiration ist wahrscheinlich wirkungsvoller als die Massage. Durch die durch die Aspiration erzeugte Hyperämie entsteht eine Schröpfkopfwirkung auf die

innere Oberfläche der Harnröhre. Die Aspiration dauert 10—15 Minuten, dann wird die Harnröhre ausgewaschen. Paul Wagner (Leipzig).

29) **O. Pasteau. Les bougies nouées dans l'urètre ou dans la vessie.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 3. 1911.)

Verf. machte folgende Beobachtung: Bei einem 30jährigen Kranken mit multiplen gonorrhoischen Strikturen wurden im Hospital Dilatationsversuche gemacht. Nach mehreren vergeblichen Versuchen gelingt es, die Strikturen mit einer filiformen Bougie zu überwinden. Als man die Bougie zurückziehen will, ist es unmöglich. Sie ist im Niveau des Dammes vollkommen fest fixiert. Eine genaue Tastung durch die dünne Dammgegend ergibt, daß sich die Bougie geknotet hat. Da trotz des starken Harndranges das Wasserlassen unmöglich war, wurde die innere Urethrotomie gemacht und die geknotete Bougie entfernt. Einlegen eines Dauerkatheters; Heilung.

Über Knotenbildung einer Bougie in der Harnröhre hat Verf. nur noch eine Beobachtung von Locquin gefunden; von Knotenbildung in der Harnblase teilt er drei Beobachtungen mit (Aubert, Poncet, Lebreton).

Wie die Knotung einer Bougie in der Blase vor sich geht, darüber sind die Ansichten verschieden. Die einen beschuldigen die Kontraktion der Blasenwandungen, die anderen die zu rasche Entleerung der Blase. Poncet u. a. glauben, daß die Knotenbildung durch eine einfache Drehung der Bougie im Moment ihrer Einführung ermöglicht wird. Was die Knotenbildung in der Harnröhre selbst anbelangt, so haben die Untersuchungen des Verf.s ergeben, daß sie namentlich bei zwei übereinanderliegenden Strikturen vorkommt. Die Bougie knotet sich hinter der ersten Verengerung. Ist der erste Strikturring nicht sehr eng, so kann die geknotete Bougie nach außen gebracht werden; bei sehr enger Striktur ist eine Entfernung unmöglich. Geht die Urinentleerung trotzdem von statten, so kann man ruhig abwarten, bis sich die Striktur erweitert hat und die Bougie entfernt werden kann. Wird die Urinentleerung durch die geknotete Bougie gehindert, dann muß man die innere, oder wenn man mit dem Uretrotom nicht in die Harnröhre gelangen kann, die äußere Uretrotomie vornehmen.

Paul Wagner (Leipzig).

30) **Gennerich. Anwendung von Collargol und Elektrargol bei den Folgezuständen des Trippers.** (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

Im Marinelazarett Kiel-Wik haben sich die genannten Präparate gut bewährt. Bei der Allgemeinbehandlung zeigt sich ein sicher eintretender antiphlogistischer Erfolg, der durch genügend lange Fortführung ein dauernder wird, wie auch die veröffentlichten Temperaturkurven beweisen. Die Einwirkung auf den lokalen Krankheitsprozeß besteht in einer regelmäßigen Abnahme des lokalen Entzündungsprozesses und Rückgang von Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Die beste Methode der Allgemeinbehandlung ist die subkutane Elektrargolinjektion.

Die lokale Behandlung der gonorrhoischen Entzündung der Blase und der hinteren Harnröhre mit Collargol ist reizlos und zeitigt sehr schnell ein gutes funktionelles Resultat. Außerdem eignet sich Collargol vorzüglich zur Spülung von Gelenken und der gonorrhoischen Hydrokele. Glimm (Klütz).

31) Paul Kayser. Klinische Beiträge zur Prostatachirurgie. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 2. 1911.)

Die Arbeit stammt aus der Kümmell'schen Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses. Verf. legt das Referat von Kümmell auf dem Deutschen Chirurgenkongreß 1907 seiner Arbeit zugrunde und berichtet zunächst, was seit diesem Zeitpunkt an neuen Mitteilungen über Prostatahypertrophie und -karzinom erschienen ist (pathologische Anatomie, Ätiologie, ferner Physiologie der Prostata, sowie Diagnose, Prognose, Therapie des Leidens). Er nimmt dabei öfters auf das kürzlich erschienene kritische Sammelreferat von Willy Hirt in den »Ergebnissen der Chirurgie und Orthopädie« Bezug.

Verf. teilt dann das einschlägige Material von Kümmell von 1902—1910 mit. Von 225 Pat. mit Prostatahypertrophie oder -karzinom oder deren Folgen wurden 124 konservativ, 101 operativ behandelt. Von letzteren Fällen wurde 10mal die Bottini'sche Operation, 11mal die perineale und 80mal die suprapubische transvesikale Prostatektomie ausgeführt. Die Mortalität war nicht gering, besserte sich aber von Jahr zu Jahr, wie ein tabellarischer Überblick zeigt; seitdem grundsätzlich Lumbalanästhesie und offene Nachbehandlung mit Drainage der Blasenwunde angewandt wurde, ist sie auf 13—14% gesunken. Verf. bespricht — ohne mit Krankengeschichten zu ermüden — einige weitere wesentliche Punkte. Im allgemeinen wurde die Operation nur vorgeschlagen, wenn durch die konservative Behandlung der dauernde oder häufigere Gebrauch des Katheters nicht überflüssig gemacht werden konnte. Neuerdings wurde auch bei Fällen mit reichlicherem Residualharn zur Operation geschritten, nachdem die Nachuntersuchung solcher bei nur konservativer Behandlung wenig erfreuliche Resultate festgestellt hatte. Von 56 nachuntersuchten operierten Fällen hatten 11 tödlich geendet; 45 zeigten Dauererfolge, davon 35 als ideal zu bezeichnende.

Zum Schluß schildert Verf. das jetzt geübte Verhalten an der Kümmell-schen Abteilung gegenüber dem Krankheitsbild, die Aufnahme der Anamnese, den typischen Gang der Untersuchung, in dem die Indigokarminreaktion bei liegendem Verweilkatheter sowie die Kryoskopie des Blutes einen wichtigen Raum einnehmen: Von 7 Fällen, in denen allein auf Grund schlechter kryoskopischer Werte die Operation abgelehnt wurde, trat in 6 nach kurzer Zeit der Tod an Urämie ein! Sodann schildert K. die zuerst geübten therapeutischen Maßnahmen zur Beseitigung der Harnretention, wobei der Dauerkatheter die Hauptrolle spielt. Verf. schildert einige neuere gut bewährte Verweilkatheter (Modell von Albarran und Malécot, von Cliquet), die er auch abbildet. Einer guten Indikationsstellung zur Prostatektomie wird ein besonderer Wert beigelegt. Die Technik der Operation bietet nichts Besonderes. In der Nachbehandlung wird die Irving-sche Kapsel sehr gelobt.

Literaturverzeichnis. H. Kolaczek (Tübingen).

---

32) E. Marquis (Rennes). Origine de l'hypertrophie de la prostate. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 12.)

Nach Untersuchungen am Menschen, Pferd, Stier, Meerschweinchen, Hammel und Kaninchen ist M. davon überzeugt, daß es einen mittleren Lappen der Prostata, dessen Hypertrophie das Miktionshindernis bei der sog. Prostatahypertrophie bilden soll, gar nicht gibt. Die beiden Seitenlappen der Prostata werden nur im Bereich des Colliculus seminalis durch ein dünnes Band von Drüsengewebe verbunden; im übrigen sind sie durch Bindegewebe getrennt, in welchem

unterhalb des glatten Spinkters die Ductus ejaculatorii verlaufen. Zwischen Sphinkter und Harnröhre verlaufen einige Drüsen, die »Glandes centrales sousurétrales«. Sie ähneln im Bau den Drüsen der Prostata, sind aber von ihr durch den Sphinkter getrennt und haben anatomisch mit ihr nichts gemein. Sie finden sich nur im Blasenhals und im Bereich des Colliculus seminalis.

Von diesen Drüsen und dem umgebenden Muskel und Bindegewebe gehen die Adenome und Adenofibromyome aus, welche man fälschlicherweise als Hypertrophie des mittleren Prostatalappens bezeichnet hat.. Gerade die anatomische Abstammung dieser Geschwülste erklärt es, daß sie auf transvesikalem Wege ohne Verletzung der Ductus ejaculatorii ausgelöst werden können. Sie entwickeln sich eben blasenwärts und vor den Ductus ejaculatoriis, die in der Tiefe, zwischen die beiden Prostatalappen eingelagert, unberührt bleiben. Andererseits ist bei perinealem Vorgehen die Verletzung der Ductus ejeculatorii gar nicht zu vermeiden, wenn man die suburethralen Adenome, fälschlich Prostatahypertrophie genannt, vom Damme aus entfernen will.

Würde es sich wirklich um eine Prostatahypertrophie in der Mehrzahl der Fälle handeln, so könnten weder bei der suprapubischen noch bei der perinealen Methode die Ductus ejaculatorii geschont werden. M. hat nun eine sehr große Zahl von eingehenden Operationsberichten daraufhin durchgesehen, nach welcher Methode Deferentitis, Epididymitis, Orchitis und Ausfall der Geschlechtsfunktion häufiger sind und hat dabei die perineale Methode sehr stark belastet gefunden, während bei der Freyer'schen Operation Schädigungen der Ductus ejaculatorii und deren Folgen selten beobachtet werden. Auch das beweist, daß die sog. Prostatahypertrophie in Wahrheit nur eine suburethrale Geschwulst ist, die von der Blase aus am leichtesten zu erreichen und zu exstirpieren ist. Die suburethrale Region ist ja auch weit mehr als die tief hinter dem Sphinkter gelegene Prostata der Infektion durch den Urin und Traumen im Laufe der Miktionen ausgesetzt und daher eher zu Wucherungen geneigt.

Gutzeit (Neidenburg).

---

33) F. Voelcker. Cystoskopische Skizzen des Blasenanteils der Prostata. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Der Blasenanteil der Prostata ist wichtig für die Beurteilung der Hindernisse des Urinabflusses, dabei durchaus nicht immer in Beziehung zur Größe der übrigen Prostata. V. achtet nun bei der Cystoskopie vor allem darauf, wie weit die Harnleitermündungen und das Trigonum Lieutaudii durch die Prostatawülste verdeckt sind; dann dreht er das Cystoskop um seine Längsachse und stellt fest, wie sich die übrigen Punkte der Prostata zu diesem hinteren, medianen Teil, der das Trigonum verdeckt, verhalten. Wo die Prostata stark vorspringt, ist der Ausblick verlegt, wo sie Furchen hat, tritt sie aus dem Gesichtskreis des Cystoskops, und man erblickt die seitliche Blasenwand. — V. zeichnet diese einzelnen Punkte der Prostata in ein Schema und erhält so eine Art »Rundpanorama des intravesikalen Prostataanteiles«. Er bringt Untersuchungsbefunde von 12 Pat. der Heidelberger Klinik mit Skizzen des cystoskopischen Befundes.

H. Fritz (Tübingen).

---

34) F. Voelcker. Konservative Enukleation der hypertrophischen Prostata auf paravertebralem Wege in Bauchlage. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die aus V.'s Direktorialzeit der Heidelberger Klinik stammende Arbeit bespricht zunächst in Kürze die bisher gebräuchlichen Operationsmethoden. V. ist der Ansicht, daß der Unterschied zwischen suprapubischer und perinealer Methode weniger im gewählten Wege liegt, als darin, daß durch die Methode von oben die Harnröhre im prostatischen Teil ganz entfernt wird, bei der Methode von unten dagegen die Pars prostatica erhalten bleibt. V. unterscheidet daher Totalenukleation (mit Entfernung des Harnröhrenteils, der die Prostata durchzieht) und konservative Enukleation, bei der die einzelnen hypertrophischen Teile der Prostata entfernt werden unter Schonung der Harnröhre. Auf suprapubischem Wege ist wegen der geringen Übersichtlichkeit und wegen der Tiefe der Wunde nur die Totalenukleation möglich, dagegen hält V. die konservative Enukleation für das erstrebenswerte Ziel.

Er operiert in Bauchlage mit Zur-Seite-Schiebung des Mastdarms. Er macht links neben Kreuzbein und After einen Schnitt parallel der Mittellinie; genügt der Zugang nicht, so kann das Steißbein vom Schnitt aus exartikuliert werden; durch Erweiterung des Schnittes nach unten, Umkreisung des Afters und Schnitt auf der rechten Seite dorsalwärts kann der ganze Mastdarm als ein großer Lappen in die Höhe geklappt werden. Es liegen dann Prostata, Samenblasen und Hinterwand der Harnröhre zutage. Nun wird die Prostatakapsel in der Mittellinie eröffnet und der Schnitt bis in die Harnröhre vertieft. So lassen sich die beiden Prostatalappen auseinanderklappen. Zweckmäßig ist Einführung des Fingers und Abtastung des Blasenanteils der Prostata. Nach ausgiebiger Kapselspaltung läßt sich die Prostata stumpf mit geschlossener Schere auslösen. Drain in den Schlitz der Harnröhrenschleimhaut; keine Kapselnaht, um Urininfiltration zu verhüten. Tamponade; nach 8 Tagen Entfernung der Blasendrainage, Katheter.

Unter acht nach dieser Methode operierten Fällen hatte V. einen Todesfall. Es handelte sich um ein Karzinom, das so innig mit der Umgebung verwachsen war, daß der Mastdarm angeschnitten wurde. Die sieben gutartigen Hypertrophiefälle heilten tadellos. H. Fritz (Tübingen).

---

35) Berti e Mulesani. Sul trapianto autoplastico della prostata. (Morgagni 1911. Nr. 2.)

Bei 17 Katzen wurde die Prostata vom Bauch aus exstirpiert und in eine subkutane Tasche am Bauch oder am Rücken der Tiere ganz oder teilweise eingenäht. Die Tiere vertrugen den Eingriff gut. Die in verschiedenen Pausen untersuchten Drüsen zeigten folgende Veränderungen. Nach 10 Tagen war eine bemerkenswerte Verminderung der Tubuli an der Peripherie eingetreten, sowie eine Abflachung der zentralen Tubuli mit Vermehrung der Epithellagen und Abflachung der Epithelien. Nach 15 Tagen sind viele Kernteilungsfiguren in den Epithelien und Zellgruppen mit und ohne Sammelkanäle im interlobulären Bindegewebe aufgetreten. Aus den letzteren entstehen in den folgenden Tagen neue Drüsentubuli. Diese erreichen schließlich die normale Zahl wieder und sind mit einem einschichtigen kubischen Epithel bekleidet. An der Peripherie dagegen haben sich nach 2 Monaten aus dem Zusammenfluß von Kanälen große Höhlen gebildet, die nur noch eine dünne Bindegewebskapsel zulassen. Das leichte Einheilen der Drüse spricht nach den Verff. für die Wichtigkeit ihrer inneren Sekretion.

Dreyer (Köln).

36) F. C. Keck (St. Franzisco). Currents of high frequency and high voltage in treatment of hypertrophy of the prostate. (Pacific med. journ. Vol. LIV. 1911. März.)

Zwei Formen der Prostatahypertrophie, die diffuse fibröse Form und die diffuse weiche Hypertrophie nach Gonorrhöe oder Infektion der Blase, sind besonders geeignet für die Behandlung mit Hochfrequenzströmen, am meisten letztere Form. Die beiden Formen erfordern eine verschiedene Technik, die im einzelnen erörtert wird. K. erzielte stets Besserung und in einem großen Prozentsatz Heilung.

Mohr (Bielefeld).

---

37) F. Voelcker. Exzision tuberkulöser Samenblasen mit temporärer Verlagerung des Rektum. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

V. gibt eine kurze Übersicht über den Stand der Samenblasenchirurgie und nennt als Wege, an die Samenblasen heranzukommen, den perinealen, ischiorektalen, parasakralen, inguinalen und suprapubischen. Er beschreibt dann genauer seine pararektale Methode, die sich folgendermaßen gestaltet:

Bauchlage mit erhöhtem Steiß, tiefgelagertem Oberkörper und herabhängenden Beinen, subkutane Verschlußnaht des Afters. Längsschnitt parallel der Mittellinie neben Steißbein und After, links oder rechts je nach der Seite der Erkrankung, bei doppelseitiger Erkrankung oder unsicherer Diagnose linkseitig. Exzision des Steißbeins oder Beiseiteklappen desselben nach Lösung der Verbindung mit dem Kreuzbein. Inzision des Glutaeus maximus und des Fettes der Fossa ischio-rectalis. Durchtrennen des Levator ani. Durchtrennung der Lamina visceralis fasciae pelvis, Beiseiteschieben des Mastdarms; Prostata und Samenbläschen liegen frei. Abtragen der kranken Samenblase. Erscheint die Übersicht von diesem Schnitt nicht genügend, so geschieht die Erweiterung durch Loslösen der Pars analis recti von ihren muskulösen Verbindungen mit der Harnröhre; der Schnitt wird bogenförmig vor dem After herum- und, wenn nötig, auf der anderen Seite neben dem Steißbein weitergeführt, so daß ein U-förmiger Haut-Muskel-Darmlappen dorsalwärts geklappt werden kann. Nach Beendigung der Samenblasen- und Prostataoperation nach Bedarf ein- oder doppelseitige Kastration. — V. berichtet über zwei Fälle der Heidelberger Klinik, die von ihm mit gutem Erfolg nach dieser Methode operiert wurden. — Eine Abbildung.

H. Fritz (Tübingen).

---

38) Th. Nogier et Reynard. Un cas de calcul vésical méconnu, diagnostique par la radiographie; lithotritie; guérison. (Lyon méd. 1911. p. 418.)

Ein Mann, der keine unzweideutigen Zeichen für ein Blasensteinleiden hatte, war von mehreren Ärzten wegen Harnröhrenverengerung und Blasenkatarrh behandelt worden. Sondenuntersuchung der stark gereizten Blase war unmöglich. Das Röntgenbild wies einen Stein auf, der nach innerem Harnröhrenschnitt und Blasenspülungen auch im Blasenspiegel gesehen, dann zertrümmert und ausgewaschen wurde.

Das Röntgenbild ist in solchen Fällen das einfachste, sichere und schmerzlos anwendbare Erkennungsmittel für freie oder ins Gewebe eingebettete Blasensteine. Bild. Georg Schmidt (Berlin).

39) J. Oraison. De l'anurie au cours de l'evolution des néoplasmes vésicaux. (Journ. de méd. de Bordeaux 1911. Nr. 3.)

Überblickt man die Literatur, so ist die Anurie eine sehr seltene Komplikation der Blasengeschwülste. Verf. fand nur fünf derartige Fälle veröffentlicht und kann zwei neue hinzufügen, deren Krankengeschichten eingehend mitgeteilt werden. Es handelte sich beidemal um Blasenkarzinom bei alten Männern; in dem einen Falle trat ohne jeden Eingriff plötzlich Anurie ein, in dem anderen Falle nach kurzdauernder Ausschabung und Kauterisation. Beide Pat. starben.

Verf. bespricht im Anschluß daran die Ätiologie der Anurie in derartigen Fällen und kommt zu dem Schluß, daß die bei Blasengeschwülsten frühzeitig erkrankten Nieren (Nephritis, Pyelonephritis) nur gerade den gewöhnlichen Anforderungen genügen, bei der geringsten weiteren Beanspruchung aber versagen (Erkältung, geringes Hindernis bei der Nierenentleerung usw.). Therapeutisch empfiehlt Verf., wenn es sich nicht um moribunde Pat. handelt, frühzeitige Nephrotomie der besseren Niere. Boerner (Erfurt).

---

40) Kelly. The best method of exposing the interior of the bladder in suprapubic operations. (Surgery, gynecol. and obstetrics XII. 1.)

Um den spitzen Winkel zwischen den geraden Bauchmuskeln oberhalb der Symphyse zu beseitigen, durch den der Zugang zur Blase namentlich bei starken Bauchdecken gehindert wird, macht K. einen Querschnitt, etwa dem Pfannenstiel'schen entsprechend, löst die Rectusscheide, nach querer Durchtrennung, stumpf ab und schiebt sie nach oben und unten. Hierdurch erschlaffen die Recti, so daß sie mit breiten stumpfen Haken auseinandergezogen werden können. Die luftgefüllte Blase stellt sich dann bequem ein und ist nach ebenfalls querer Durchtrennung am Blasenscheitel weit auseinanderzuziehen, so daß der Grund weit offen liegt, wie beigefügte Photographien beweisen. Trapp (Riesenburg).

---

41) Bryan. Stone in the ureter. (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 2.)

Eine ausführliche Beschreibung von neun selbstbeobachteten Fällen mit zahlreichen Abbildungen. Auf Grund derselben und eingehender Literaturstudien bespricht Verf. Ätiologie und Pathologie, Symptome und Diagnose, Differentialdiagnose und Behandlung. Aus der ganzen Arbeit geht hervor, daß die Röntgenuntersuchung eine außerordentlich große Rolle bei der Diagnosenstellung spielt, sie gibt höchstens 3% Fehldiagnosen. Durch sie ist auch festgestellt, daß Harnleitersteine häufiger sind, als bisher angenommen. Sonst enthält die Arbeit Bekanntes. Trapp (Riesenburg).

---

42) Fabricannte. Traitement opératoire des calculs de l'uretère. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 3. 1911.)

Genaue Krankengeschichte eines 17jährigen Mädchens mit Konkrement im unteren Teile des rechten Harnleiters. Operative Entfernung von einem Iliacalschnitt aus. Naht des Harnleiters; vollkommene Heilung. Im Anschluß an diese Beobachtung gibt Verf. einen kritischen Überblick über die operative Behandlung der Harnleitersteine. Ureterensteine kommen selten isoliert vor. Bei jeder Nierenkolik muß man nicht nur die Niere, sondern auch den Harnleiter in seinem ganzen Verlauf untersuchen. Neben den klinischen Symptomen ist das beste diagnostische Hilfsmittel für Harnleitersteine die Röntgenographie. Am

häufigsten wird ein aus der Niere in den Harnleiter gelangender Stein an einer der drei Stellen aufgehalten, wo der Harnleiter normalerweise Verengerungen zeigt: 1—3 cm unterhalb des Nierenbeckens im sog. Hals des Harnleiters; in seinem Beckenteil in der Höhe der Linea arcuata pelvis; in seinem Blasenteil. Unabhängig von diesen drei Vorzugsstellen können Harnleitersteine an jeder Stelle des Harnleiters steckenbleiben, wo sie sich entwickeln. Am besten ist es, sie auf extraperitonealem Wege zu entfernen. Von allen vorgeschlagenen Schnittführungen gewährt den meisten Spielraum für den ganzen Verlauf des Harnleiters ein transversaler Schnitt um die Crista ilei. In besonders günstigen Fällen kann man auch versuchen, das Konkrement durch die Scheide zu entfernen. Wenn man den Stein im Harnleiter entdeckt hat, braucht man das Bauchfell nicht vom Harnleiter abzulösen; man eröffnet diesen durch einen kleinen Einschnitt und entfernt den Stein im kleinsten Durchmesser. Man legt einige Harnleiternähte an und vereinigt die übrigen Gewebe in Etagennähten bis auf eine kleine Drainöffnung. Paul Wagner (Leipzig).

---

43) Fritz Weinberg. Plastische Operationen am Nierenbecken und Ureter. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die aus Voelcker's Direktorialzeit der Heidelberger Klinik stammende Arbeit gibt zunächst eine historische Übersicht und bespricht dann unter Heranziehung der Arbeiten von Kroiss und Albarran die verschiedenen plastischen Operationen, jedesmal die seit Kroiss' Publikation aus dem Jahre 1908 neu bekannt gewordenen Fälle kurz referierend. W. bringt dabei 5 von Voelcker operierte Fälle, die bisher noch nicht veröffentlicht sind.

Zu den von Kroiss aufgeführten Fällen von Trendelenburg's Spornoperation hat W. 4 neue aus der Literatur gesammelt, die sämtlich geheilt wurden. Insgesamt sind unter 15 Fällen 13 Heilungen, 2 Mißerfolge. Von Ureteropyeloneostomie nach Küster bringt W. 3 neue Fälle und fügt hier 3 Fälle der Heidelberger Klinik an, bei welchen Voelcker die Replantation des Harnleiters nach Pyeloplicatio gemacht hat. Von diesen 3 Fällen wurden 2 nachuntersucht, es ergab sich einmal mit Sicherheit, einmal nach dem cystoskopischen Befund höchstwahrscheinlich Obliteration des Harnleiters. Interessant ist dabei, daß der letztere Pat. keinerlei Beschwerden hatte, so daß »Heilung« anzunehmen war. — Den bis 1908 bekannten 17 extrapelvischen Klappenoperationen nach Fenger fügt W. 5 neue hinzu; so zählt er 22 Operationen mit 19 Heilungen und 3 Mißerfolgen.

Fenger's Ureteropyeloplastik wurde von Voelcker einmal ausgeführt. Pat. erlag einer hypostatischen Pneumonie. Aus der Literatur bringt W. noch 6 neue Fälle; insgesamt ist das Resultat: Erfolg in 26 Fällen, Mißerfolg in 4, Tod in 2 Fällen, Fistel bei der Entlassung in 1 Falle. W. erwähnt ferner noch die laterale Anastomose nach Albarran, die Pyeloplicato und die Resektion des unterhalb der Harnleitermündung gelegenen Blindsackes und Nierenteiles (Albarran). Als Bedingung für den Erfolg einer plastischen Operation fordert er, daß die Harnleitermündung stets am tiefste Punkt sein muß, und daß sekundäre Verengerung der Harnleitermündung verhindert wird. Er schließt: Alle Operationen gaben gute Resultate. Welche Methode die bessere ist, ist noch nicht entschieden, unter bestimmten Verhältnissen ist nur eine Methode angebracht. Die Tatsache, daß man durch plastische Operationen die Niere erhalten kann, ist noch zu wenig anerkannt. Doch wird jedes Jahr neue Fälle bringen, und nur die Zahl der Fälle

kann lehren. Zu den zwei früher allein geübten Methoden der Nephrotomie und Nephrektomie ist die plastische Operation hinzugekommen, der die Zukunft gehört.

H. Fritz (Tübingen).

---

44) **H. Eliot. De l'anurie calculeuse réflexe.** (Ann. des mal. des orig. gén.-urin. XXIX. I. 2. 1911.)

Verf. teilt aus der Literatur 20 Beobachtungen mit, die die verschiedenen Formen der reflektorischen kalkulösen Anurie demonstrieren sollen. In der Mehrzahl dieser Fälle wurde die allerdings oft unvollkommene Funktionsfähigkeit der anderen Niere durch die modernen Untersuchungsmethoden, Cystoskopie und Harnleiterkatheterismus festgestellt. Verf. glaubt, daß das Fortbestehen des Reflexes auf eine oft frühzeitige, wenn auch latente urämische Intoxikation zurückzuführen ist.

Paul Wagner (Leipzig).

---

45) **André. Anurie calculeuse dans un rein unique traitée et guérie par le catheterisme urétéral.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 2. 1911.)

Der Fall betraf einen 48jährigen Kranken, der vor 6 Jahren zwei schwere Anfälle von linkseitiger Nierenkolik und Steinabgang gehabt. Auf der rechten Seite waren niemals Schmerzen aufgetreten. Seit 3 Tagen hatte Pat. wieder Schmerzen, und seit 2 Tagen bestand vollkommene Anurie. Die Blase erwies sich beim Katheterismus leer. Einführung eines Harnleiterkatheters ins linke Ostium, der leicht bis ins Nierenbecken gelangte, und aus dem sich sofort, zuerst im Strahl, dann tropfenweise Urin entleerte. Der Harnleiterkatheter blieb 48 Stunden liegen; in den ersten 24 Stunden entleerten sich aus ihm 1800, in den zweiten 24 Stunden 2600 g Urin. 4 Stunden nach Einlegen des Katheters in den linken Harnleiter begann eine spontane Urinentleerung aus der Blase, die jedenfalls davon herrührte, daß Urin neben dem dünnen Harnleiterkatheter herausfloß. Blasenurin und Katheterurin hatten vollkommen gleiche Beschaffenheit. In den nächsten Tagen noch sehr reichlicher Abgang eines leicht blutigen Urins. Aufhören der Schmerzen, vollkommenes Wohlbefinden. Eine mehrere Tage später vorgenommene genaue cystoskopische Untersuchung ergab kein rechtseitiges Ureterenorificium; es handelt sich also wahrscheinlich um einen rechtseitigen Nierenmangel. Ein Stein ist bisher nicht abgegangen; eine Röntgenuntersuchung war negativ. Ohne Zweifel ist in diesem Falle ein kleiner, im oberen Harnleiterteil eingeklemmter Stein durch den Harnleiterkatheter ins Nierenbecken zurückgestoßen worden.

Paul Wagner (Leipzig).

---

46) **R. Casanello (Pisa). Ematurie e nefralogie ematuriche.** (Clin. chir. 1911. Nr. 2.)

Verf. teilt vier Fälle von Hämaturie mit, die er genau mikroskopisch, cystoskopisch und chemisch untersucht hat und kommt auf Grund derselben und von Literaturstudien zu folgenden Schlüssen. Die sog. essentiellen Nierenblutungen sind bei genauer Untersuchung durch klinische Beobachtung, Cystoskopie, Harnleiterkatheterismus oder endovesikale Separation auf chronische Nephritis oder angioneurotische Störungen der Nieren zurückzuführen. Bei der Hämaturie nephritischen Ursprunges ist nur eine interne Therapie anzuwenden, da die Krankheit stets beide Nieren ergreift. Auch von den übrigen konservativen Operationen (Nephrotomie, Enthülsung, Nephrolyse) rät Verf. ab, da nur vorübergehende

Besserungen erzielt werden. Tritt bei Hämaturie gesunder Nieren, also angioneurotischen Ursprungs, auf die immer vorerst zu versuchende interne Therapie keine Besserung ein, so empfiehlt Verf. die Nephrotomie, durch welche hartnäckige und bedrohliche Blutungen dauernd aufgehoben werden konnten.

Stocker jun. (Luzern).

---

47) **E. H. Fenwick.** **Clinical lectures on kidney pain.** (Brit. med. journ. 1911. Januar 7.)

Eins der Frühzeichen in allen Zuständen, wo der Urinabfluß aus dem Nierenbecken beginnt gestört zu werden, ist der Durst. Die häufigste Ursache für Nierenschmerz ist die Dehnung des Nierenbeckens durch Überfüllung. Kranke mit Nierenschmerz lindern nachts häufig ihre Beschwerden durch Liegen auf der kranken Seite, weil sie so die Niere mit gespanntem Nierenbecken oder Stein ruhig stellen. Ist aber das Parenchym entzündlich verändert, so hindert der Druckschmerz an dieser Lage. Der Kranke wird dann auf der entgegengesetzten Seite liegen. F. benutzt diese Beobachtung für seine Diagnose. Bei jeder Nierenoperation prüft F. die Fassungskraft des Nierenbeckens durch Eindrücken der Fingerspitzen. Je mehr Finger Platz finden, um so erweiterter ist das Becken. Dabei fand er, daß in gut 80% seiner Fälle von Nierenschmerz bei Ausschluß von Stein, Krebs und Tuberkulose ein erweitertes Becken vorlag. Bemerkenswert häufig, nämlich bei 16%, fand er als Ursache dieser Erweiterung Abschnürung oder Knickung des Harnleiters durch aberrierende Nierengefäße. Einen falschen Ansatz des Harnleiters fand er in 8%, eine angeborene Veränderung oder Klappe aber niemals. Er bezweifelt deren Vorkommen überhaupt. Eine große, leicht fühlbare Hydronephrose beweist einen Mißerfolg der Behandlung, eine ebensolche Pyonephrose eine »nachlässige Verschuldung«. Beide Zustände können vermieden werden.

Weber (Dresden).

---

48) **Ange Isaya.** **Rein surnuméraire constaté pendant la vie.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 3. 1911.)

Von allen angeborenen Nierenanomalien ist das Vorkommen einer dritten Niere am seltensten. Die Mehrzahl der bisher bekannten Beobachtungen betrifft Sektionsfälle (10 Fälle). Nur in 5 Fällen konnte eine überzählige Niere während des Lebens beobachtet werden (Beobachtungen von Depage, Tschudy, Münzer, Calabrèse, Josephson). Eine neue hierhergehörige Beobachtung teilt Verf. mit: Die in keiner Weise hereditär belastete Kranke klagte vom 6. Jahre an über anfallsweise auftretende heftige Schmerzen, die der rechten Lendengegend entsprachen und nach der Symphyse zu ausstrahlten. Die Schmerzanfälle traten in Zwischenräumen von 2 Jahren auf und waren immer von Gallenerbrechen begleitet. Niemals Urinbeschwerden, niemals Ikterus. Die Untersuchung ergab rechts vom Nabel eine eigroße, harte, elastische, unregelmäßig gestaltete Geschwulst, die sich nicht mit der Respiration verschob, aber sonst sehr verschieblich und bei Druck nicht schmerzhaft war. Die Perkussion der Geschwulst ergab gedämpft tympanitischen Schall. Bei aufgeblähtem Darm verläuft das Kolon über ihr. Rechte Niere etwas nach unten verlagert, nicht vergrößert, nicht schmerzhaft. Übrige Organe normal. Die klinische Diagnose wurde mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine gutartige Mesenterialgeschwulst gestellt. Die am äußeren Rande des rechten M. rectus vorgenommene Laparotomie ergab eine rechts von der Wirbelsäule gelagerte überzählige Niere. Sie war von Eigröße

und hatte Bohnenform, besaß Gefäße und Harnleiter; letzterer mündete nach einem Verlaufe von 5 cm in den Harnleiter der normalen, nur etwas abwärts gelagerten rechten Niere. Die Untersuchung der linken Lendengegend ergab das Vorhandensein einer normalen linken Niere. Da auch die überzählige Niere einen vollkommen normalen Eindruck machte, wurde sie nicht exstirpiert, vielmehr bezog Verf. die Schmerzenfälle auf eine Senkung des Colon transversum, das deshalb an seine normale Stelle gebracht und dort fixiert wurde. Naht; Heilung. Die Operation wurde Mitte Juli 1907 vorgenommen; seitdem ist die Kranke vollkommen schmerzfrei geblieben. Die cystoskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein zweier normal gelagerter Harnleitermündungen.

Eine Symptomatologie der bisher beobachteten Fälle, sowie entwicklungsgeschichtliche Bemerkungen beschließen die interessante Mitteilung.

Paul Wagner (Leipzig).

---

49) Erich Keuper. Über Nierenverletzungen. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die aus Voelcker's Direktorialzeit der Heidelberger Klinik stammende Arbeit gibt nach kurzen statistischen Bemerkungen eine Besprechung der verschiedenen Arten von Nierenverletzungen, der Symptome und der chirurgischen Behandlung. Aus der Heidelberger Klinik werden die Krankengeschichten von 20 subkutanen und 1 Schußverletzung der Niere mitgeteilt. Es handelt sich 18mal um isolierte, 7mal um komplizierte Nierenverletzungen (4mal Peritonealverletzung, je einmal Rippen- und Oberschenkelbruch und Platzen einer Hydronephrose).

Von den 20 subkutanen Verletzungen wurden 12 exspektativ behandelt (1 †), 8 operiert (4 †). Die Operation bestand zweimal in Nephrotomie und Tamponade (2 †), einmal in Abtragung eines abgerissenen Nierenpoles (Heilung), 5mal in Nephrektomie (2 †). Von den exspektativ behandelten Fällen war je einer mit Rippen- und Oberschenkelbruch kompliziert; ein Pat. mit dauernder Hämaturie, tastbarer, doch nicht schmerzhafter Geschwulst und einem in vivo nicht diagnostizierten Bluterguß im Bauch erlag ohne Eingriff einer Pneumonie.

Zwei Pat. erlagen dem erst am 6. Tage wegen dauernder schwerer Blutung unternommenen Eingriff, wobei Erhaltung des Organs durch Tamponade versucht war. Von den 5 nephrektomierten Pat. erlag 1 einer Nachblutung aus der Vena renalis, der andere ging an Blutverlust nach dem schweren Eingriff zugrunde (Laparotomie, Säuberung der Bauchhöhle, Nephrektomie). Die beiden letzten Fälle waren durch Peritonealzerreißung kompliziert.

Bei dem Schußverletzten kam es trotz intraperitonealen Einschusses nicht zur Peritonitis; das Geschoß verletzte keine Darmschlinge, zerriß aber vor Eintritt in die Niere die Vena lienalis. Erweiterung der Einschußöffnung. Verlängerung des Schnittes bis zur Nierengegend, extraperitoneale Nephrektomie, Unterbindung der Art. und Vena lienalis, Exstirpation der Milz. Heilung.

H. Fritz (Tübingen).

---

50) Galzin. Contusion du flanc droit. (Arch. de méd. et de pharm. milit.)

Ein Kavallerist wurde durch sein Pferd so stark an die Wand der Reitbahn gedrückt, daß er einen heftigen Schmerz in der rechten Seite spürte und ohnmächtig wurde. Es entwickelte sich im Anschluß daran Blutharnen, das aber

nach Verabreichung von Gelatine und Kalziumchlorid bald aufhörte. 8 Tage später wieder Blutharnen, das ebenfalls bald wieder verschwand; als es nach 8 Tagen zum dritten Male eintrat, wurde durch rechtseitigen Flankenschnitt die Nierengegend freigelegt. Man gelangte in eine große Bluthöhle, die Niere wurde nicht gefühlt. Der Verletzte starb bei der Operation durch Shock, bei der Autopsie wurde die in zwei Hälften zerrissene Niere gefunden.

Herhold (Brandenburg).

---

51) Pilcher. Injuries to the kidneys with end results. (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 2.)

Mitteilung von sechs mehr oder weniger schweren Nierenverletzungen durch stumpfe Gewalt. Aus seinem Vorgehen bei der Behandlung und dessen Ergebnissen sowie aus Verarbeitung anderer Fälle schließt Verf., daß 1) abwartende Behandlung nur bei geringen Verletzungen mit mäßigen, nicht lang andauernder Blutung angezeigt ist, während 2) Operation kontraindiziert ist bei Verletzung beider Nieren, 3) Operation unbedingt gemacht werden muß in solchen Fällen, bei welchen fortschreitende, dauernde oder wiederkehrende Blutung vorliegt.

Trapp (Riesenburg).

---

52) Rosenbach. Kritischer und experimenteller Beitrag zur Frage der Entstehung der Nierensteine. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 4.)

R. ergänzt die bekannten Untersuchungen Ebstein's über Steinbildung in den Nieren bei Fütterung von Oxamid in der Richtung, daß er in verschiedenster Weise pathologische Veränderungen an einer Niere hervorbringt und nun vergleicht, inwieweit diese pathologisch veränderte Niere sich anders in bezug auf Oxamidausscheidung verhält, als die gesunde Niere desselben Tieres. Bei künstlich erzeugter Knickung oder Verengerung des Harnleiters wurde die Steinbildung in den bloß harnleitenden Organen, im Nierenbecken und Harnleiter, verringert, dagegen kam es zu einer zweiten Art von Steinbildung im Nierenparenchym selbst; diese Konkremente waren aber viel bröckliger und enthielten viel Kalziumkarbonat. Unterband Verf. eine Nierenarterie, so wurde die Oxamidausscheidung geringer; bei Unterbindung von Nierenvenen war die Oxamidausscheidung in den Harnwegen gering, im Parenchym sehr stark, um so stärker, je hochgradiger die Stauung war. Bei Durchschneidung aller Hilusnerven war die Oxamidausscheidung stark herabgesetzt, bei Durchschneidung nur einzelner Faserstränge war das Bild ein wechselndes. Brachte R. in das linke Nierenbecken kleine menschliche Nierensteine und fütterte dann Oxamid, so ergab sich das überraschende Resultat, daß rechts in der Niere sich Steinchen gebildet hatten, links dagegen nicht in nennenswerter Weise; anstatt dessen aber waren die eingebrachten Steine teilweise aufgelöst. Einbringen von Blut und Catgut in ein Nierenbecken ließ keinen Einfluß auf die Menge des ausgeschiedenen Oxamids erkennen, während eingebrachte Bakterienkulturen die Oxamidausscheidung um so mehr verringerten, je schwerer das Parenchym geschädigt war.

Haeckel (Stettin).

---

53) Dietlen. Fortschritte in der röntgenologischen Nierendiagnostik. (Zeitschrift f. Röntgenkunde u. Radiumforschung XIII. 3.)

Die röntgenologische Nierendiagnostik ist nicht bei der Auffindung von Konkrementen stehen geblieben, sondern durch Vervollkommnung der Technik, nament-

lich auch durch die Ausfüllung des Nierenbeckens mit Collargollösung sind der Diagnostik auch anderer Nierenerkrankungen (Verlagerungen, Geschwülste, Pyelitis u. dgl.) neue Wege gewiesen. Daß das Röntgenverfahren zur genaueren Untersuchung bei Nierentuberkulose ganz besonders sich eignet, weist D. durch genauere Beschreibung mehrerer Fälle, denen vorzügliche Tafeln beigegeben sind, nach. Daß aber auch hier, wie bei der Röntgendiagnostik überhaupt, auch alle anderen Untersuchungsverfahren heranzuziehen sind, um Irrtümer zu vermeiden, geht klar aus den Mitteilungen hervor. Auch für die Brauchbarkeit des Verfahrens für andere Nierenaffektionen führt Verf. Beispiele an.

Trapp (Riesenburg).

---

54) **Bittorf** (Breslau). **Herpes zoster und Nierenkolik.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 7.)

Verf. beobachtete in einem Falle von Nierenkolik infolge rechtseitiger Hydronephrose einen Herpes zoster im Bereich des XI. rechten Dorsalsegments, den er mit der Head'schen Zone in Verbindung bringt, und nimmt an, daß bei schmerzhaften Erkrankungen innerer Organe sich in den zugehörigen Head'schen Zonen ein Herpes zoster entwickeln kann.

Deutschländer (Hamburg).

---

55) **Pousson. Les reins polykystiques.** (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 5. 1911.)

Eingehende Besprechung der Symptomatologie und Pathogenese der polycystischen Nierendegeneration. Nach Verf.s Ansicht stimmt die Entzündungstheorie am besten mit der pathologischen Anatomie, der Ätiologie und dem klinischen Verlaufe der Erkrankung. Als sog. falsche polycystische Nierenentartung möchte Verf. diejenigen seltenen Fälle bezeichnen, wo die Neubildungstheorie zu Recht besteht. Die chirurgische Behandlung kann die Weiterentwicklung der Krankheit nicht hemmen, aber sie kann doch bestimmte bedrohliche Symptome verhüten, beseitigen oder doch wenigstens lindern. Es soll deshalb operativ eingegriffen werden bei Kompression der benachbarten Organe durch die Nierengeschwulst, bei Schmerzen, Hämaturie, Urämie, Oligurie, Anurie, Vereiterung der Cysten. Verf. hat in zwei Fällen von Cystenniere wegen Schmerzen die Nephrotomie gemacht; in dem einen Falle sind erst 4 Wochen seit der Operation verflossen. Die Schmerzen sind bisher verschwunden. In dem anderen Falle sind die Schmerzen seit 3 Jahren vollkommen weggeblieben. Fernerhin hat P. bei einem 33jährigen, durch profuse Hämaturien ganz anämischen Kranken die rechte Cystenniere exstirpiert (Ausgang?).

Unter 42 operativen Fällen, die P. aus der Literatur zusammengestellt hat, finden sich 38 Nephrektomien mit 9 Todesfällen, darunter 3 wegen Insuffizienz der zurückbleibenden Niere; von 3 Nephrotomien endeten 2 tödlich, ebenso 1 Enthülsung.

Nach Verf.s Ansicht soll man bei der operativen Behandlung unterscheiden, ob es sich um eine neoplastische oder entzündliche Cystenniere handelt. Bei der ersteren ist keine radikale Operation indiziert, nur die Komplikationen können unter Umständen eine Nephrotomie nötig machen. Bei den entzündlichen, cystischen Umwandlungen nephritischer, hydronephrotischer, freie Steine enthaltender Nieren sind nur die konservative Nephrotomie und Enthülsung gestattet, ausgenommen die Fälle mit lokalen Infektionen und mit vollkommener Integrität der Schwesterniere. Bei tuberkulösen Cystennieren ist die Nephrektomie die einzige rationelle Behandlung.

Paul Wagner (Leipzig).

---

56) Pousson. Opération sur le rein et grossesse. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 2. 1911.)

Von 66 Frauen, die mehr oder weniger lange Zeit, nachdem ihnen die eine Niere exstirpiert worden war, schwanger wurden, kamen 7 frühzeitig nieder; die anderen 59 beendeten ohne Zwischenfall die Schwangerschaft. Von diesen 59 Frauen hatten 46 nur eine, 8 zwei und 5 drei Schwangerschaften durchgemacht. Bei ihnen allen verlief das Wochenbett ohne Komplikationen, obgleich bei mehreren Frauen geburtshilfliche Operationen vorgenommen werden mußten. Von den 66 Frauen waren 32 wegen Tuberkulose nephrektomiert worden; von ihnen abortierten 3. Die übrigen 29 machten eine normale Schwangerschaft durch und brachten mit nur einer Ausnahme lebende Kinder zur Welt. Die Gesundheit der Mütter wurde durch die Schwangerschaft nicht beeinträchtigt; die 3 registrierten Todesfälle ereigneten sich mehr oder weniger lange Zeit nach der Entbindung.

Paul Wagner (Leipzig).

---

57) Hartmann. Opérations sur le rein et la grossesse. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 2. 1911.)

Verf. berichtet zunächst über 7 Kranke, die er selbst teils nephrotomiert, teils nephrektomiert hat und bei denen die darauffolgenden Schwangerschaften, sowie auch die schon zur Zeit der Nierenoperation bestehenden Schwangerschaften in keiner Weise durch den Eingriff an der Niere beeinflußt worden sind. Fernerhin konnte Verf. bei einer von Israel wegen Tuberkulose nephrektomierten Kranken nach der Operation drei normal verlaufende Schwangerschaften beobachten. Diesen 8 Fällen schließt Verf. weitere 16 Beobachtungen an, die ihm aus den letzten Jahren mitgeteilt worden sind. Auch in diesen Fällen hat die vorausgegangene Nierenoperation keinen nachteiligen Einfluß auf die nachfolgenden Schwangerschaften ausgeübt. Aus der früheren Literatur hat Verff. noch 89 hierhergehörige Fälle gesammelt, so daß er im ganzen über 113 Beobachtungen verfügt. Und zwar handelte es sich in 35 Fällen um Nierenoperationen — und zwar 28mal um Nephrektomien, die während der Schwangerschaft selbst vorgenommen wurden. In bei weitem den wenigsten Fällen hat die Nierenoperation einen schädigenden Einfluß auf den weiteren Fortgang der Schwangerschaft ausgeübt, und andererseits hat auch die Schwangerschaft keineswegs die Prognose der Nierenoperation verschlechtert. Jedenfalls bildet die Schwangerschaft keine Kontraindikation der Nephrektomie.

In 78 Fällen trat die Schwangerschaft nach der Nierenoperation ein; und zwar bestand letztere 74mal in der Nephrektomie, 3mal in der Nephrotomie und 1mal in der doppelseitigen Enthülsung. Von den 74 Nephrektomierten machten 72 eine bis vier normale Schwangerschaften durch; in 2 Fällen trat Abort ein. 2 Kranke starben an Urämie bzw. an renaler Insuffizienz. Es geht aus diesen Zahlen hervor, daß nach Nierenoperationen, besonders nach der Nephrektomie, keine Störungen der Schwangerschaft auftreten, daß sie ihr normales Ende erreicht, und daß die Mütter ihre Kinder stillen können. Man kann deshalb jungen Mädchen, denen eine Niere exstirpiert worden ist, mit ruhigem Gewissen die Erlaubnis zur Eheschließung geben, selbst dann, wenn die Nephrektomie wegen Tuberkulose vorgenommen wurde. Voraussetzung ist hier natürlich, daß der Urin vollkommen bazillenfrei ist.

Paul Wagner (Leipzig).

---

58) Lespinass, Fischer and Wolfer. Some experiments on the renal artery. (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 1.)

Versuche an Hunden mit Magnesiumplattennaht. Von elf Hunden trat nur bei einem Thrombose ein. Die Niere funktionierte auch ohne Versorgung durch Nerven. Strikturen oder Erweiterungen des Gefäßes wurden nicht beobachtet. Die Hauptschwierigkeit des Verfahrens liegt in der Tiefe, in der man arbeiten muß.

Trapp (Riesenburg).

---

59) Bussenius und Rammstedt. Über Entzündung der Nierenfettkapsel. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Allgemein bekannt sind diejenigen Entzündungen der Nierenfettkapsel, welche zur Eiterung führen, die paranephritischen Abszesse. Es gibt aber eine Form dieser Entzündung, welche ohne Eiterung zur Heilung führt; sie dürfte wohl öfter vorkommen, als man annimmt. Drei charakteristische derartige Fälle bringen die Verff.: Plötzlicher Beginn mit Schmerz, Fieber, Anschwellung und Druckempfindlichkeit der Nierengegend; Probepunktionen sind negativ; Heilung unter rein symptomatischer Behandlung. Vielleicht bleibt als Rest manchmal eine Schwiele, wie man sie bisweilen bei Sektionen um die Nieren herum findet.

Haeckel (Stettin).

---

60) A. Gosset. Epithéliome testiculaire gauche. Ablation de la tumeur et des ganglions lombo-aortiques. Guérison.

61) Pierre Fredet. Epithéliome du testicule. Ablation de la tumeur du cordon, des vaisseaux spermatiques, des ganglions iliaque et juxta-aortique.

62) Chevassu. Deux cas d'épitheliome du testicule traités par la castration et l'ablation des ganglions lombo-aortiques. Rapport par M. Pierre Delbet. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVI. Nr. 8. 1910. März.)

Die Frage nach der Notwendigkeit der lumbo-aortalen Lymphdrüsenexstirpation bei Hodengeschwülsten ist von großer praktischer Bedeutung. Die Entwicklung der chirurgischen Therapie der Hodengeschwülste ist dieselben Bahnen gegangen wie die des Brustkrebses. Ebenso wie man jetzt bei letzterem regelmäßig die Achselhöhle ausräumt, ebenso notwendig ist bei Hodengeschwülsten außer der Kastration die systematische Entfernung des Samenstranges und der lumbo-aortalen Lymphdrüsen. Die Resultate der bloßen Kastration sind so traurige, die Rezidive so häufig, daß viele Chirurgen auf Grund dieser jede Hoffnung verloren haben, Hodengeschwülste überhaupt mit Erfolg therapeutisch angreifen zu können. Diese Resignation ist jedoch nicht berechtigt. Unter den 96 von C. zusammengestellten Fällen von histologisch sichergestellten Hodengeschwülsten sind 17 Operierte länger als 4 Jahre gesund geblieben, unter 56 nur Kastrierten blieben 10 bis 4 Jahre gesund.

Die einfachen Epitheliome und die Mischgeschwülste sind von verschiedener Bösartigkeit. Von 44 nur kastrierten Fällen, bei denen erstere vorgelegen haben, lebten 14 4—10 Jahre nach der Operation, während von 47 Fällen von Mischgeschwülsten nur drei mehr als 4 Jahre am Leben blieben. Die Hälfte der Operierten starb während der ersten 6 Monate nach der Operation.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

63) Fabre. Radium therapy in gynecology. (Arch. of the roentgen ray Nr. 124.)

Radium wird in Röhren eingeschlossen in Uterus und Scheide eingeführt oder in Form von gefirnißten Platten von außen aufgelegt. Stets sind Filter zu verwenden, die die weichen Strahlen zurückhalten. Durch Anwendung verschieden stark aktiver Präparate, durch Zuziehung von radioaktiven Quellsintern und Schlammen als Bäder und Einwicklungen kann man sehr gut individualisieren und schneller oder langsamer, schonender einwirken. — Die Radiumbehandlung ist absolut angezeigt bei allen inoperablen Geschwülsten; sie beseitigt hier oft sofort die Schmerzen und nach einiger Zeit die Jauchung. Deshalb ist, neben Operation, die Radiumbehandlung auch sonst bei Geschwülsten anzuwenden, zumal durch sie entzündliche Zustände beseitigt werden und die Geschwulst selbst leichter operabel wird. Myome werden an sich nicht beeinflußt, wohl aber die Metrorrhagie. Bei entzündlichen Zuständen der Beckenorgane, Gonorrhöe eingeschlossen, leistet das Radium ganz erhebliche Hilfe in nicht mehr frischen Fällen, die fieberfrei und frei von Abszessen sind. Gerade bei entzündlichen Leiden ist aber langsames, genau dem Einzelfall angepaßtes Vorgehen am Platze.

Trapp (Riesenburg).

---

64) P. Harrass. Genitalprolaps und Hernienbildung infolge einer alten Beckenringverletzung. Aus der chir. Abt. des städt. Krankenhauses I in Hannover (Prof. Dr. Schlange). (Münchener med. Wochenschr. 1910. Nr. 51.)

Bei der 17jährigen Pat., die als 1jähriges Kind von einem schwer beladenen Wagen über den Leib gefahren worden sein soll, hatte es sich wahrscheinlich um eine Sprengung des rechten Sacroiliacalgelenks und um eine Trennung der Schamfuge gehandelt, so daß die ganze rechte Beckenhälfte nach abwärts verschoben und um eine sagittale Achse — die Beckenschaufel medialwärts, die untere Beckenhälfte nach außen verschoben — gedreht wurde. Die inneren Weichteilzerreißungen des Beckenbodens hatten den Eintritt eines Scheidenvorfalls mit der Blase und die Bildung einer Hernie zwischen dem Lig. Pouparti, Labium majus und dem verschobenen rechten Schambein zur Folge. Das rechte Bein ist gut gebrauchsfähig, wenn es auch mit seiner Achse nach oben hin von der Medianebene des Körpers nach außen abweicht.

Kramer (Glogau).

---

65) W. J. Wallace (Syracuse). The construction of a vagina. (Buffalo med. journ. Vol. LXVI. Nr. 7. 1911.)

W. operierte in drei Fällen von angeborenem Fehlen der Scheide mit Erfolg in ähnlicher Weise wie Baldwin, indem er ein reseziertes Stück des Ileum oder der Flexura sigmoidea als plastischen Ersatz verwendete; er nähte jedoch (umgekehrt wie Baldwin), die offenen Enden der Darmschlinge in die Vulva ein, so daß der Scheitel der Schlinge zum Scheidengewölbe wurde; die aneinanderliegenden mittleren Wandungen der Schlinge wurden durch Anlegung einer Darmklemme getrennt. Die Schlinge muß, damit die neugebildete Scheide nicht vorfällt so weit herabgezogen werden, bis das Mesenterium sich anspannt. Der Operationserfolg war stets günstig, die Pat. verheirateten sich, der Koitus war stets in normaler Weise möglich.

Mohr (Bielefeld).

---

66) P. Guibal (Béziers). De l'inversion du vagin consécutive à l'hysterectomie. (Arch. génér. de chir. 1911. V. 1.)

Eingehende Schilderung des Totalvorfalls der Scheide mit Inversion des Scheidengewölbes, die in seltenen Fällen — der Verf. berichtet über insgesamt sieben — nach der Hysterektomie beobachtet wird.

In den meisten Fällen kommt es schon kurze Zeit nach der Hysterektomie zur Inversion. Gewöhnlich bildete der Totalvorfall der Gebärmutter die Indikation zur Uterusexstirpation. Pathologisch-anatomisch findet sich nur der Teil der Scheide, der oberhalb der Levatormuskeln gelegen ist, vorgefallen; die untere Scheidenhälfte ist fixiert. In der vorgefallenen Scheide finden sich oft Darmschlingen, die leicht reponibel sind. Die Harnleiter zeigen keine Dislokation, während die Blase oft mit vorfällt. Die Levatormuskeln sind entweder atrophisch oder weit lateral gegen das Becken zu verlagert.

Die Symptome sind durch die Entero- bzw. Cystokele bedingt, in einem Falle wurde Darmeinklemmung beobachtet.

Für die Behandlung kommt zunächst die prophylaktische Vermeidung der späteren Inversion in Frage. Bei der abdominalen Totalexstirpation kann das Scheidengewölbe an die Bauchwand befestigt werden, Damm- und vordere Scheidennaht sind nie zu unterlassen. Bei der vaginalen Exstirpation ist auch das Scheidengewölbe mit zu entfernen und für die Herstellung des muskulösen Beckenbodens durch Raffung der Levatoren und gleichzeitige vordere und hintere Plastik Sorge zu tragen.

Bei eingetretener Inversion kommt bei den jüngeren Pat. die Kolpopexie, d. i. die Naht des Scheidenschlauchs an Bauchwand oder Ligamenta rotunda in Frage. Bei älteren Pat. soll die Scheide ganz entfernt und der Damm durch eine vierschichtige Naht wieder hergestellt werden (Peritoneum, Blase-Mastdarm, Levatores, Haut).

Ausführliche Anführung von sieben Fällen. M. Strauss (Nürnberg).

---

67) Solieri (Grosseto). Über die abdominale Exohysteropexie bei schweren Lagefehlern und totalem Prolaps des Uterus. (Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie Bd. LXIII. Hft. 2.)

Verf. beschreibt ein neues Verfahren der Exohysteropexie, das sich in vielen Punkten an das von Kocher-Spangaro angegebene anlehnt und mit der Scheiden-Dammplastik kombiniert ist (s. Original). Es findet seine Indikation bei Prolaps des Uterus mit Cystokele und Rektokele und in den Fällen von schwerer, fixer Retroversion und Torsion des Uterus, in denen die Zeugungsfähigkeit unterbrochen werden kann oder muß. Ratsam ist die Durchführung des Operationsaktes in einer Sitzung, wobei mit der Kolpoperinealplastik begonnen wird. Die Durchtrennung der Tuben zwischen zwei Ligaturen und die Verlagerung des Uterus unter die Haut (Kocher) unter Benutzung auch der Suspensionsnähte von Spangaro gestatten eine sichere, vollständigere und exaktere Fixierung des Uterus. Das Vorhandensein einer Diastase der geraden Bauchmuskeln und einige postoperative Komplikationen (vorübergehender Ileus, Husten usw.) können die Operierten einer postlaparotomen Hernie aussetzen, zu deren Vermeidung die Naht der Bauchwandschichten an dem Uterus eine methodische und sorgfältige zu sein hat. Zu vermeiden ist die Anlegung von Nähten den Uteringefäßen entsprechend, welche angestochen Höhlenblutung geben können. C. Koch (Greifswald).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 20. Sonnabend, den 20. Mai 1911.

Inhalt.

I.

Zur Praxis der Lokalanästhesie.

Von

Oberstabsarzt Dr. Hammer in Karlsruhe.

Daß die örtliche Betäubung bei chirurgischen Eingriffen noch längst nicht die ihr heute zustehende Verbreitung gefunden hat, kann wohl nicht bestritten werden. Nach den Verbesserungen der Methode insbesondere durch Braun, nach Einführung des ungiftigen Novokains unter der mächtigen Beihilfe des Suprarenins gehören von rechts wegen alle nicht zu umfangreichen Bruchoperationen, alle Operationen an Fingern, Hand und Fuß, an äußeren Geschlechtsteilen (einschließlich Hoden- und Hydrokelenoperationen), am Anus (einschließlich Analfisteln), alle Ausschälungen oberflächlicher Geschwülste, Strumektomien, Rippenresektionen, die meisten Operationen an Radius, Ulna (einschließlich Naht des Olecranon) und noch vieles andere unzweifelhaft zu denjenigen Eingriffen, bei denen eine Allgemeinnarkose nicht mehr zulässig ist; aber wieviel Chirurgen und Praktiker handeln schon nach diesem Satze?

Es mag auffällig erscheinen, daß von den großen Vorteilen, die uns die neuen Methoden bieten, nicht allseitig mit größter Begeisterung Gebrauch gemacht wird, und doch lassen sich eine Reihe von Gründen dafür anführen.

In erster Linie hat die Kenntnis der Braun'schen Methoden wohl überhaupt noch nicht die Verbreitung gefunden, welche ihr unzweifelhaft gebührt. Dagegen kann nur die Zeit und eine eifrige Propaganda aller Anhänger der Methode helfen.

Zweitens mögen gegen die einzuspritzenden Lösungen noch mancherlei Bedenken bestehen. Solange man die leicht zersetzlichen Adrenalinlösungen verwandte und vor der Einspritzung sich jedesmal die notwendigen Mischungen selbst herstellen mußte, war das Verfahren sehr unhandlich. Seit der Herstellung von Tabletten, welche Novokain und ein Nebennierenpräparat im richtigen Verhältnis enthalten, sind schon viele Schwierigkeiten beseitigt, aber es mußte das Bedenken auftreten, ob die Tabletten auch genügend steril seien. Dieses Bedenken hat noch neue Nahrung erhalten durch den Nachweis von Hoffmann[1], daß sich Suprarenin in fester Substanz durch trockene Hitze nicht ohne Zersetzung sterilisieren läßt. Die Versuche Hoffmann's wären wegen der großen kriegschirurgischen Bedeutung der Frage auf Veranlassung der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums angestellt worden. Die Fabriken brachten jedoch trotzdem ihre Präparate als keimfrei auf den Markt. Eine derselben, mit der ich deswegen korrespondierte (Höchster Farbwerke), erklärte, daß sie auch ohne Trockensterilisation in der Lage sei, durch peinlich aseptisches Arbeiten bei der ganzen Herstellung ihre Tabletten frei von pathogenen Bakterien abzugeben. Die etwa noch anhaftenden Keime seien unschädliche Luftkeime. Es wurden nun eine Reihe von Versuchen in der bakteriologischen Station des hiesigen Garnisonlazaretts von Herrn Stabsarzt Jakobitz mit den Tabletten angestellt, deren Ergebnis ich kurz folgen lasse.

Bei 6 Versuchen mit je 1 Tablette A (Bezeichnung der Höchster Farbwerke für Tabletten, welche 0,125 Novokain und 0,000125 Suprarenin enthalten), die in 200, 100, 50 und 5 ccm Bouillon gelöst wurden, trat nur einmal am 3. Tage Wachstum von Staphylokokkus albus auf, einmal Wachstum eines Luftkeims (Bacillus mesentericus).

Bei 6 entsprechend angestellten Versuchen mit je 1 Tablette B (enthaltend 0,1 Novokain und 0,00045 Suprarenin) wuchs nur einmal Bacillus mesentericus am 2. Tage. An den Wattepfröpfchen der Tablettenröhrchen fanden sich 3mal sporenbildende Stäbchen (Bacillus mesentericus). Von allen Proben angelegte anaerobe Kulturen zeigten kein Wachstum.

Diese Versuche bestätigen also die Angaben der Firma im wesentlichen, wenn auch vollständige Keimfreiheit nicht erreicht worden ist. Da außerdem mitgeteilt worden war, daß ein kurzes Aufkochen der Tablettenlösungen unmittelbar vor dem Gebrauch statthaft sei, so habe ich seitdem bei allen Operationen die Auflösung 5 Minuten lang gekocht. Die Wirkung derselben in bezug auf Schmerzbetäubung und Anämisierung wurde dadurch nicht beeinträchtigt. Namentlich diese Möglichkeit des Auskochens erscheint mir von großer Bedeutung, weil dadurch alle Bedenken gegen die Anwendung der Tabletten vom Standpunkt der Asepsis aus beseitigt werden.

Inzwischen ist von Braun selbst[2] dieses Aufkochen der Lösungen unter Zu-

---

[1] Deutsche medizinische Wochenschrift 1901. Nr. 26.
[2] Deutsche medizinische Wochenschrift 1909. Nr. 52.

satz von 2 Tropfen Salzsäure auf 1 Liter Flüssigkeit empfohlen worden. Durch diesen Zusatz soll die Zersetzung des Adrenalins bekämpft werden, doch habe ich auch ohne das niemals in merklicher Weise eine solche wahrgenommen. Zu ähnlichen Resultaten kommt auch Kutscher[3].

Der dritte und nicht unwesentlichste Grund liegt meines Erachtens in einer gewissen Umständlichkeit, die zwar weniger dem Verfahren selbst, aber doch den Vorbereitungen zu demselben anhaftet. Zunächst gilt es, die passenden Lösungen zu beschaffen. Verwendet man Tabletten, so wird hierdurch ja die Sache schon wesentlich einfacher, aber immerhin muß man physiologische Kochsalzlösung in richtigen Mengen abmessen. Man braucht dazu Meßzylinder oder Pipetten. Dann muß die Lösung gekocht und die Tabletten müssen darin gelöst werden. Man bedarf ferner eines sterilen kleinen Gefäßes, um die Spritzen daraus füllen zu können. War aber das Gefäß mit den Instrumenten in Sodalösung gekocht, so muß die Sodalösung peinlichst mittels abgekochter Kochsalzlösung abgespült werden, da das Suprarenin sich nicht mit Soda verträgt. Das gleiche gilt von den Spritzen und Kanülen; waren sie mit Soda in Berührung gekommen, so müssen sie sorgsam davon befreit werden. Und nun die Spritzen! Was muß man von ihnen alles verlangen! Sie müssen auskochbar sein, aber dabei nicht springen, der Kolben und die Verschraubungen müssen absolut dicht sein, die Kanülen müssen gleichfalls absolut dicht aufgesetzt werden, sie dürfen auch bei hohem Druck nicht abgeschleudert werden, man muß Kanülen verschiedener Länge und Stärke haben, auch braucht man oft eine kleine (1 ccm) und eine große (10 ccm) Spritze. Wer viel mit Spritzen gearbeitet hat, wird mir zugeben, daß nur allzu häufig eine oder mehrere der oben angeführten Bedingungen nicht erfüllt sind und daß dadurch die Geduld des Arztes auf eine harte Probe gestellt wird.

Zwar gibt es neuerdings Spritzen, die, mit eingeschliffenen Metallkolben versehen, in vorzüglicher Weise arbeiten, aber sie bedürfen einer sehr sorgsamen Behandlung, um sie vor dem Zerspringen und Zerbrechen zu bewahren, so daß der Praktiker, an den sich diese Veröffentlichung in erster Linie wendet, wohl oft genug nicht in der Lage sein wird über ein Hilfspersonal zu verfügen, dem er diese kostbaren Spritzen ohne Gefahr anvertrauen kann. Auch ereignet es sich bisweilen, daß die Glaszylinder während der Injektion durch den notwendigen starken Druck zersprengt werden.

Es war daher schon lange mein Bestreben, eine Spritze herzustellen, die nicht nur absolut zuverlässig arbeitet und leicht zu bedienen ist, sondern die auch derb genug, sozusagen handfest gebaut ist, um nicht allzu ängstliche Pflege zu erheischen. Dieses Ziel konnte meines Erachtens nur dadurch erreicht werden, daß die Spritze ganz aus Metall und ohne jede Dichtung konstruiert wurde. Gegen eine solche Spritze wird allerdings immer eingewendet werden, daß man nicht sieht, wieviel Flüssigkeit sie enthält, und ob keine Luftblasen vorhanden sind, aber bei meinem Modell kommen diese Bedenken nicht in Frage, weil durch einen eigenartigen Modus der Füllung, nämlich vom hinteren Ende der Spritze her durch ein dort befindliches Fenster das Auftreten von Luftblasen ein für alle Mal ausgeschlossen ist. Das Einfüllen der Flüssigkeit geschieht nämlich bei gesenkter Spitze; so entweicht die Luft allmählich nach hinten aus dem Zylinder vollständig. Die Menge der beim Gebrauch aus der Spritze ausgetretenen und noch vorhandenen Flüssigkeit erkennt man an der Einteilung der Kolbenstange. Hierdurch ist gleichzeitig eine weitere Vereinfachung der Handhabung bedingt;

[3] Deutsche medizinische Wochenschrift 1910. p. 1129.

denn das zeitraubende Austreiben der Luftblasen fällt gänzlich fort. Die Kanülen werden durch einen eigenartigen Drehverschluß unverrückbar fest und doch sehr schnell und leicht aufgesetzt. Ich benutze ähnliche Spritzen schon seit 1889 besonders zur Schleich'schen Anästhesie und sie haben sich mir sehr bewährt. Seinerzeit habe ich auch diese Konstruktion schon veröffentlicht[4]. Weil man aber damals noch keine eingeschliffenen Metallkolben herstellen konnte, so blieben die Spritzen unvollkommen. Auch ist es erst in letzter Zeit gelungen, den Kanülen eine einwandfreie Form und Fassung zu geben. Heute genügen die Spritzen allen Ansprüchen an Asepsis, Zuverlässigkeit und Solidität vollkommen. Ich habe Spritzen schon seit 8 Jahren beständig in Benutzung, die schon durch die Hände von wechselndem, manchmal wenig ausgebildetem Personal gegangen sind; und sie arbeiten noch immer tadellos, sie haben niemals versagt und bedurften niemals einer Reparatur.

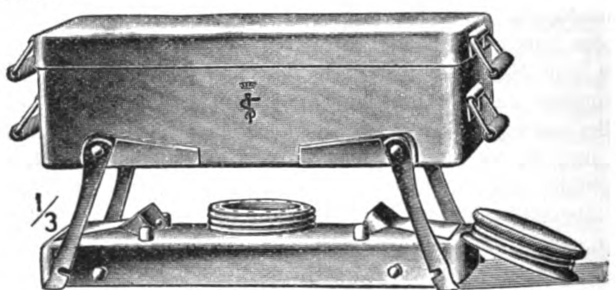


Fig. 1.

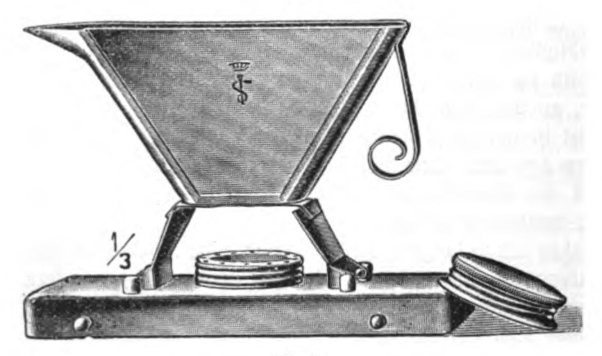


Fig. 2.

Neuerdings ist es mein Bestreben gewesen, durch Zusammenstellung eines Instrumentariums, welches alle zur örtlichen Betäubung notwendigen Gegenstände enthält und einfach zu handhaben ist, diese so wertvolle und wichtige Methode so handlich wie möglich zu machen. Das Instrumentarium besteht aus einem Metallkasten mit Füßen, der zum Auskochen der Spritzen usw. benutzt wird. Als Flüssigkeit verwendet man nun direkt physiologische Kochsalzlösung, so daß das nachträgliche Abspülen der Sodalösung fortfällt. Deswegen werden die Spritzen nicht mit den übrigen Instrumenten, sondern in ihrem eigenen Kasten ausgekocht Der Kasten enthält auf einer Grundplatte, welche mittels

[4] Münchener medizinische Wochenschrift 1901. Nr. 28.

bequemer Handgriffe nach dem Kochen leicht herausgenommen werden kann, eine größere (10 ccm enthaltende) und eine kleine (1 ccm enthaltende) Spritze meines Systems und außerdem zwei Metallgefäße von besonderer Form, die durch eine Aichung zum Abmessen der in Betracht kommenden Flüssigkeitsmengen tauglich gemacht sind und gleichzeitig zum Aufkochen der anästhesierenden Lösungen sowie zum Einfüllen in die Spritzen geeignet sind. Sie bleiben während des Auskochens der Spritzen im Kasten und werden durch den Dampf mitsterilisiert; durch bakteriologische Untersuchung wurde festgestellt, daß die Gefäße, auch wenn sie vorher stark infiziert waren, hierbei sicher keimfrei wurden.

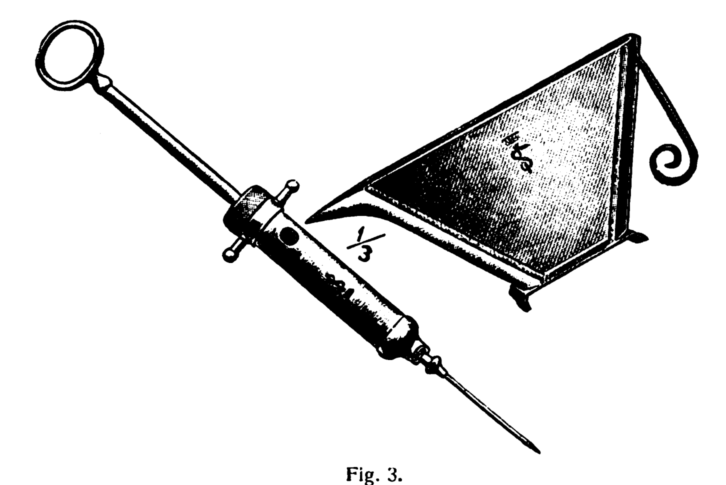


Fig. 3.

Der Raum in dem größeren Metallgefäß ist ausgenutzt zur Aufnahme eines Kästchens, welches die Kanülen und Glasröhrchen mit Suprarenin-Novokaintabletten aufnimmt. Beim Kochen liegen sämtliche Gegenstände ganz lose auf der Grundplatte, so daß sie auch in heißem Zustande leicht herausgenommen werden können. Zur Verpackung werden sie infolge einer besonderen Lagerung durch eine daraufgesetzte Metallplatte und den Deckel unverrückbar festgehalten.

Die Anwendung der örtlichen Betäubung wird nun durch das ganze Besteck wesentlich vereinfacht und völlige Asepsis dabei gewährleistet. Eine Gebrauchsanweisung ist beigefügt. Die Aktiengesellschaft für Feinmechanik (vormals Jetter & Scherer) in Tuttlingen hat die Fabrikation übernommen.

II.

(Aus der chir. Abteilung des städt. Krankenhauses in Nürnberg.

Zur Pantopon-Skopolamininjektionsnarkose.

Von

Dr. Rudolf Krauß,

Sekundärarzt.

Angeregt durch die Mitteilungen Brüstlein's und M. v. Brunn's haben wir in einer Anzahl von Fällen die Pantopon-Skopolamininjektionsnarkose ausgeführt.

In Folgendem erlaube ich mir kurz über die Resultate, die wir bei 57 Injektionsnarkosen teils mit, teils ohne Stauung erzielten, zu berichten.

Bei den 33 Narkosen mit Stauung wurde gewöhnlich die Stauungsbinde an drei Extremitäten (beide Beine, ein Arm) angelegt und dann 15—20 Minuten später von der Lösung der von der Firma Hoffmann-La Roche bezogenen Ampullen 6—8 Teilstriche der Pravaz'schen Spritze injiziert (0,03—0,04 Pantopon, 0,0006—0,0008 Skopolamin).

Die Operation wurde, ebenso wie bei den 24 Injektionsnarkosen ohne vorherige Stauung, meist $^{3}/_{4}$—1 Stunde nach der Injektion begonnen, da bei unseren Pat. die Hauptwirkung erst um diese Zeit einzutreten pflegte. Der früheste Termin des Einschlafens, den wir beobachteten, war 30 Minuten nach der Einspritzung. Wegen der gesonderten Lage des Operationshauses war es allerdings nicht möglich, die gestauten Pat. in ihren Betten und in der vollen Ruhe zu belassen.

34mal war es ohne weitere Gabe von Äther oder Chloroform möglich, die Operation durchzuführen, davon 15mal mit, 19mal ohne Stauung.

Von den allerwenigsten Operationen konnte man allerdings sagen, daß sie für den Operateur angenehm gewesen wären. Meistens wurden die Pat. schon beim Hautschnitt etwas unruhig und blieben es die ganze Operationsdauer hindurch, nicht selten wurden auch zeitweise lebhafte Schmerzenslaute geäußert. Vollständig ruhig waren nur 6 Pat.

Es wurden Radikaloperationen bei kleinen Hernien, Bursaexstirpationen, Ulcusexzisionen, Rippenresektionen, halbseitige Strumektomien usw. ausgeführt.

Wir hatten den Eindruck, daß selbst bei den als gelungen zu bezeichnenden Operationen eine Lokalanästhesie mehr Gewähr für ruhiges Operieren bietet als die Pantopon-Skopolaminnarkose, und möchten wir dies besonders für die Strumektomien und Hernien gesagt wissen.

23mal mußte noch die Äther- und Chloroformnarkose angewandt werden, da sonst die Operation infolge der Schmerzäußerungen und der Unruhe nicht durchzuführen gewesen wäre.

6mal — darunter 5mal mit Stauung — hatten wir noch große Mengen von Chloroform und Äther nötig; 7mal, davon 6 Fälle mit Stauung, kamen wir mit mäßigen Mengen aus. Die übrigen 10 Fälle konnten nach Darreichung von einigen Tropfen Äther (bis zu 5 ccm) operiert werden; unter diesen waren nur 3 nicht gestaut.

Wir hatten demnach bei den nicht gestauten Fällen in einem geringeren Prozentsatz die Inhalationsnarkose nötig, als bei den gestauten. Einen Vorteil der Stauung konnte ich auch sonst nicht finden; die Pat. schliefen nach der Operation etwa gleiche Zeit, ob sie vorher gestaut waren oder nicht, auch reagierten sie während der Operation und nachher in gleichem Maße auf Anruf.

Dagegen machten sich manche Nachteile bemerkbar; man kann die Pat. nicht bis kurz vor der Operation auf der Station und im Bett lassen da die Stauung beaufsichtigt werden muß; die Pat. müssen schon eine ganze Stunde auf den Vorbereitungstischen liegen.

Vielleicht, daß es mit dem Großstadtpublikum zusammenhängt, unsere Pat. ließen sich jedenfalls zum größten Teil nur ungern die Binde umlegen, rissen sie häufig in unbewachten Augenblicken ab oder aber regten sich derartig auf, daß eine Wirkung des Pantopon-Skopolamin kaum erwartet werden konnte.

An 3 gestauten Armen traten petechiale Hautblutungen auf, die nach 8 bis 10 Tagen verschwunden waren.

Einen Fall von Kollaps erlebten wir bei einem Falle mit Stauung; die Stauung selbst dürfte aber kaum daran schuld sein. Es handelte sich um einen 56jährigen Mann, der an einer tabischen Gangrän des rechten Unterschenkels erkrankt war und bei dem infolge der schon vorhandenen Hypästhesie die Amputation des Oberschenkels in Pantopon-Skopolaminnarkose vorgenommen wurde. 20 Minuten nach der Stauung beider Arme wurden 8 Teilstriche der Ampulle injiziert und 55 Minuten später die Operation begonnen. Pat. kam in tiefem Schlaf in den Operationssaal, aus dem er während der ganzen, 25 Minuten dauernden Operation nicht erwachte, dagegen wurde gegen Schluß derselben der Puls allmählich langsamer, die Atmung seltener und tiefer und das Gesicht cyanotisch. Auf zwei Spritzen Ol. camphor. und Lösung der Gummibinden wurde das Aussehen rasch besser, und nach 3 Stunden war Pat. wieder wach und munter.

Wahrscheinlich ist in diesem Falle die im Verhältnis zum Alter und dem Kräftezustand hoch gewählte Dosis Pantopon-Skopolamin an dem Kollaps schuld.

Wir nehmen um so mehr den Kollaps als Pantopon-Skopolaminwirknng an, als wir leider einige Tage darauf den Tod einer älteren allerdings stark kachektischen Frau mit ausgedehntem Magenkarzinom zu beklagen hatten, die vor der Magenresektion 6 Teilstriche Pantopon-Skopolamin bekommen hatte; die Operation verlief ohne jede Störung, ganz unbedeutenden Blutverlust, in Ätherinhalationsnarkose. Nach der Operation kam die Frau überhaupt nicht mehr zum Erwachen und ging ca. 8 Stunden später trotz Reizmittel, Infusion usw. zugrunde.

An die große Gefährlichkeit der Stauung bei der Injektionsnarkose wie Brüstlein vermögen wir nicht zu glauben, nachdem wir bei mehr als 30 Fällen dieselbe angewandt haben; sofern die Pat. in einem guten Kräftezustand sind.

Was die Injektionsnarkose mit den »hohen« Pantopon-Skopolamindosen betrifft, so bewerten wir ihre allgemeine Verwendbarkeit zurzeit nach unseren Erfahrungen nicht allzuhoch; denn neben der Unsicherheit der Dosierung und der Unsicherheit, mit der in großen Kliniken die Zeit der einzelnen Operation vielfach vorher festgesetzt werden kann, bietet das Pantopon-Skopolamin allein keine sichere Gewähr für eine glatt und ruhig durchzuführende Operation.

In Verbindung mit der Äther- oder Chloroformnarkose aber bildet das Pantopon-Skopolamin in den »kleineren« Dosen ein gutes Ersatzmittel für das Skopomorphin.

---

1) Hertzler. The etiology of epithelioma. (Journ. of the med. assoc. Vol. LV. Nr. 27. 1910.)

Der konstanteste Faktor in der Ätiologie des Karzinoms ist der chronische Reizzustand. Genau die gleichen Veränderungen des Bindegewebes findet man beim beginnenden Karzinom, beim Röntgenkrebs und bei der künstlichen Epithelproduktion durch Sudan III. Das erste Stadium der Bindegewebsneubildung ist das Fibrin. Vieles spricht dafür, das in der Ätiologie des Karzinoms die Verringerung der azidophilen Eigenschaften des Bindegewebes eine wesentliche Rolle spielt, und dies steht in diesem Zustande — seinem tinktoriellen Verhalten nach — dem Fibrin nahe. W. v. Brunn (Rostock).

---

2) Rous. Transmission of a malignant new growth by means of a cell-free filtrate. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 3. 1911.)

R. hat Geschwulstgewebe vom Sarkom eines Hühnchens durch verschiedene Maßnahmen aufs feinste zerkleinert, in Ringer'scher Lösung aufgeschwemmt und das Ganze teils durch mehrfaches langdauerndes Zentrifugieren oder auch durch Filtrieren vermittels Berkefeldfilter zellfrei gemacht.

Trotzdem hatten Impfungen von Hühnchen mit diesem zellfreien Geschwulstextrakt in vielen Fällen Erkrankungen der geimpften Tiere an Sarkom, und zwar an der Impfstelle, zur Folge. W. v. Brunn (Rostock).

3) Rous and Murphy. Tumor implantations in the developing embryo. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 10. 1911.)

Verff. haben den Versuch gemacht, den noch in Entwicklung befindlichen Embryonen Geschwulstgewebe einzupflanzen und die Weiterentwicklung dieses Geschwulstgewebes im Fötus zu beobachten. Es ist ihnen, wenn auch nur in der Minderzahl der Fälle, gelungen, durch einen kleinen Laparotomieschnitt bei der trächtigen Ratte den Uterus freizulegen und mit feiner Hohlnadel durch Uteruswand und Eihäute hindurch in den Embryo einzudringen und Geschwulstgewebe in ihn zu injizieren; doch kommt es dann in der Regel so früh zur Geburt der Frucht, daß man ein Wachstum des Geschwulstgewebes nicht konstatieren kann.

Anders beim Hühnchen; hier gelingt es in der Mehrzahl der Fälle, durch ein sorgfältig angelegtes Loch in der Eierschale, das mit dem herausgenommenen Material wieder verschlossen wird, den Embryo zu sehen und Sarkomgewebe vom Hühnchen zu injizieren; die Embryonen bleiben am Leben, die Eier werden weiter bebrütet. Zur Zeit der Injektion waren die Embryonen 6 bis 16 Tage alt; 1 Woche später findet man dann meist in den Eihäuten bereits eine Geschwulst von annähernd 1,2 cm Durchmesser, also ganz außerordentlich gewuchert; in einigen Fällen sieht man auch große Sarkommassen im Körper des Embryo selbst zur Entwicklung gelangt. Wenn man anstatt des Geschwulstgewebes eine durch Berkefeldfilter hindurchgetriebene zellfreie Geschwulstflüssigkeit zur Inokulation benutzte, konnte man ebenfalls in einzelnen Fällen in den Hühnereiern Geschwulstentwicklung beobachten. Die histologische Untersuchung dieser Implantationsgeschwülste ergab, daß es unzweifelhaft Abkömmlinge des injizierten Sarkomgewebes waren. W. v. Brunn (Rostock).

4) J. Bolognesi. Über die spontane Rückbildung des Hautepithelioms. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

B. beschreibt einen Fall von tubulärem Epitheliom der Gesichtshaut bei einer 72jährigen Frau. Wahrscheinlich infolge einer Sklerose des bindegewebigen Stützgewebes und konsekutiver Atrophie der epithelialen Elemente war es zu Vorgängen der Rückbildung und Heilung mit Vernarbung gekommen. In Anbetracht dessen, daß es sich im vorliegenden Falle nicht um ein Cancroid, sondern um eine bösartige Geschwulst handelt, dürfte die Beobachtung Interesse beanspruchen. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

5) Lambert and Hanes. Cultivation in vitro of rat sarcoma. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 8. 1911.)

Verff. haben von verschiedenen Rattenarten Blutplasma entnommen, um das künstliche Wachstum von Rattensarkomgewebe in diesem Plasma zu studieren;

diese fünf Gruppen von Ratten betrafen einmal solche Tiere, die in 80 bis 90% nach Inokulation von Sarkom erkrankten, ferner solche, die bei Inokulation nur in 20 bis 30% erkrankten, weiterhin alte immune Tiere, die offenbar ihres Alters wegen immun waren, viertens Tiere, die sowohl gegen Sarkom wie auch Karzinom immun sich erwiesen hatten und schließlich künstlich gegen Sarkom immunisierte Ratten.

Im Plasma aller dieser Tierarten wuchs nun eingebrachtes Rattensarkomgewebe vorzüglich, teilweise gelang es, bis zur fünften Kultur nach je 2—4 Tagen weiterzuzüchten. W. v. Brunn (Rostock).

---

6) Carrel and Burrows. Artificial stimulation and inhibition of the growth of normal and sarcomatous tissues. (Journ. of the amer. med.. assoc. Vol. LVI. Nr. 1. 1911.)

Verff. haben einmal das Wachstum von Sarkomgebe vom Hühnchen im Blutplasma normaler Hühnchen, im Plasma des sarkomkranken Hühnchens selbst und im Plasma eines anderen sarkomkranken Hühnchens studiert; andererseits haben sie Beobachtungen angestellt über das Wachstum normaler Gewebe vom Hühnchen im Blutplasma sarkomkranker Hühnchen. (Über das Wachstum normaler Gewebe im Plasma normaler Tiere ist schon früher mehrfach berichtet worden.)

Das Ergebnis ist, daß Sarkomgewebe im Plasma normaler Tiere sehr üppig wächst, im Plasma des betreffenden Sarkomtieres nur langsam, im Plasma eines anderen Sarkomtieres so gut wie gar nicht sich vermehrt. Gewebe vom normalen Tiere wächst viel besser im Plasma eines Sarkomtieres als im Plasma eines gesunden Tieres. W. v. Brunn (Rostock).

---

7) Lambert and Hanes. Growth in vitro of the transplantable sarcomas of rats and mice. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 1. 1911.)

Verff. haben Versuche gemacht mit einem Spindelzellensarkom der Ratte und einem Mischsarkom der Maus, beide aus Ehrlich's Laboratorium.

Es gelang in etwa 90% der Fälle, das Rattensarkom außerhalb des Tierkörpers im Plasma der Sarkomratte sowohl wie in dem gesunder Ratten zum üppigen Wachstum zu bringen.

Auch das Mischsarkom der Maus ergab in etwa 90% positive Erfolge, dieses wuchs aber auch genau so üppig in Rattenplasma, wie ja auch das Mischsarkom der Maus fast stets auf Ratten übertragbar ist. W. v. Brunn (Rostock).

---

8) J. E. Kornmann. Zur Kasuistik der Pseudogeschwülste der Hühner. (Sammlung von Arbeiten, Prof. Kischensky gewidmet. Odessa 1910. [Russisch.])

1906 wurde von Ehrenreich und Michaelis eine eigentümliche Geschwulst am Huhn beschrieben und Dottergeschwulst genannt. K. sah dieselbe Geschwulst bei zwei Hühnern, bei dem einen identisch mit der von Ehrenreich und Michaelis beschriebenen, bei dem anderen aber konnte er die Pathogenese des Gebildes aufklären: hier war die Geschwulst aus sechs einzelnen Geschwülsten zusammengesetzt, deren eine, wie bei Ehrenreich und Michaelis, in der Bauchhöhle außerhalb des Eileiters, die anderen fünf aber im Eileiter lagen. Es handelte sich also um Retention von Eiern (vielleicht infolge von Atresie des Eileiters)

und um Resorption derselben durch Granulationsgewebe. Die im Eileiter liegenden Geschwülste waren von Eiweiß umhüllt, die frei in der Bauchhöhle liegende Geschwulst nicht. Es sind also keine wahren, sondern Pseudogeschwülste. Eine Tafel zeigt den makroskopischen Befund von Fall 2. Gückel (Kirssanow).

---

9) Hans Kolaczek. Über Ochronose. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 1.)

Den Ausgangspunkt der Arbeit bildet folgender Fall: Bei einer 44jährigen Pat., bei der in der v. Bruns'schen Klinik wegen eines fistulösen Fungus die Kniegelenksresektion gemacht wurde, fand sich eine Schwarzfärbung der Knorpel, zum Teil auch der Bänder, Sehnen und Gelenkkapsel. Bei genauerer Untersuchung fiel dann auch eine bläuliche Verfärbung und Starrheit der Ohrmuscheln auf, ferner eine graue Farbe der Sklerae; in der Gesichtshaut bemerkte man einige braunschwarze Pünktchen über beiden Jochbeinen. Der Harn war, frisch entleert, gelb, zeigte aber bei längerem Stehen eine zunehmende Bräunung, die nach 6—8 Tagen in Schwarzfärbung überging. Der Harn gab alle für den Alkaptonharn charakteristischen Reaktionen, ferner wurde aus ihm die Homogentisinsäure dargestellt. Infolge einer später notwendig gewordenen Amputation kam noch der ganze Unterschenkel und Fuß zur Untersuchung, deren Ergebnisse auch in histologischer Beziehung Verf. genau beschreibt.

Bei der nachträglich erhobenen eingehenden Anamnese wurde ermittelt, daß die noch lebenden und gesunden Eltern dieser Pat. Geschwisterkinder waren! Daraufhin hat K. die ganze lebende Familie der Pat., d. i. drei Generationen mit 35 Köpfen, untersucht und dabei bei zwei weiteren Personen, beides Schwestern der Pat., Alkaptonurie und Ochronose gefunden.

Anschließend an seine drei Fälle führt Verf. die bisher publizierten 28 Fälle kurz in Tabellenform auf.

Daran schließt er eine Besprechung, zunächst in pathologisch-anatomischer Beziehung. Die Punkte, in denen seine Befunde die bisher bekannten Tatsachen ergänzen und erweitern, faßt er in folgende Leitsätze zusammen (gekürzt):

»Auch die Knorpel der kleinen Gelenke können pigmentiert sein; doch nimmt der graue Ton im allgemeinen von proximal nach distal ab. — An den Gelenkknorpeln der großen Gelenke geht an den am stärksten pigmentierten Stellen neben der Pigmentierung eine schwere Degeneration des Knorpels einher. Dieselbe äußert sich in glasartiger Härte, leichter Usurierung, die zunächst zu Aufrauhung der Oberfläche, später zu völligem Schwund des Gelenkknorpels führen kann, ferner mikroskopisch in ausbleibender Kernfärbung. — An den Sehnen kommen neben diffuser Graufärbung und Schwärzung an den Ansatzstellen noch eigentümliche »ochronotische Sehnenknoten« vor, d. h. Verdickungen und Verhärtungen der Sehne an bestimmten, vielleicht stärkerem Druck ausgesetzten Stellen, die sich außerdem durch ihre schwarze Pigmentierung von dem Grau des übrigen Sehnenstranges schön abheben. — An den Röhrenknochen (Femur) kann die Pigmentierung bis zur Annahme eines sepiabraunen Tones der Corticalis fortschreiten.«

Aus der klinischen Besprechung ist hervorzuheben: Die Ochronose ist eine Erkrankung des mittleren und höheren Alters; der jüngste Pat., ein Fall des Verf.s, ist 30 Jahre alt. Das Geschlecht ist ohne Bedeutung. Im klinischen Bilde steht im Vordergrunde eine graublaue Verfärbung und starre Konsistenz der Ohrmuscheln ferner eine Pigmentation der Sclerae, die entweder in diffuser Graufärbung oder

schwarzbrauner Fleckung besteht. Seltener ist die Nase, in elf der publizierten Fälle die Gesichtshaut pigmentiert. Von Interesse ist die mehrmals beobachtete grünblaue Verfärbung des Achselschweißes und vor allem das schon oben erwähnte Verhalten des Harns, die Alkaptonurie.

Das Alkapton ist nach unserer heutigen Kenntnis identisch mit der Homogentisinsäure. Diese ist eine normale Zwischenstufe des Eiweißabbaues, die aber im normalen Organismus sofort weiterverbrannt wird. Das Wesen der Alkaptonurie besteht also im Unvermögen des Alkaptonurikers die Homogentisinsäure aufzuspalten und im Organismus weiter zu verbrennen. Es handelt sich also um eine Störung des Eiweißstoffwechsels; damit tritt die Alkaptonurie in die Reihe der Stoffwechselkrankheiten.

In anderen Fällen von Ochronose ohne gleichzeitige Alkaptonurie fand sich der Harn normal oder zeigte die Zeichen des Karbolharns. Dies wie die regelmäßig wiederkehrende Anamnese — jahrzehntelanges Verbinden von Beingeschwüren mit Karbolwasser — lassen hier an der chronischen Karbolvergiftung als Ursache der Ochronose keinen Zweifel.

Auf die interessanten chemischen Zusammenhänge von Alkaptonharn und Karbolharn wird hingewiesen.

Außer den äußerlich sichtbaren Zeichen von Ochronose kommen von sonstigen klinischen Erscheinungen noch vor Blasenkrämpfe, Erkrankungen des Zirkulationsapparates und der Gelenke. Letztere verlaufen sehr chronisch, bald unter dem Bilde des Gelenkrheumatismus, bald der Arthritis deformans, und können schließlich zu völliger Ankylosierung führen; K. bezeichnet den Prozeß als »destruierende oder ankylosierende Arthritis ochronotica«.

Die Diagnose Ochronose bietet heute in jedem halbwegs ausgesprochenen Falle keine Schwierigkeiten mehr.

Ätiologisch hebt Verf. hervor: »Wir unterscheiden heute zwei Formen von Ochronose, eine endogene auf Alkaptonurie beruhende und eine exogene, auf chronischer Karbolvergiftung oder Phenolismus beruhende. Mit der Möglichkeit, daß für ganz seltene Fälle noch einmal eine andere Ursache entdeckt werden könnte, muß gerechnet werden.«

Die häufigere und wichtigere Ochronosis alkaptonurica ist, wie Verf. hervorhebt, in einem großen Teil der Fälle nachweisbar eine Folge der Heirat zwischen nahen Blutsverwandten. Somit ist sie aufzufassen als eine degenerative Erkrankung oder Anomalie, beruhend auf Inzucht.

Textbild, Tafel und Literaturverzeichnis vervollständigen die sehr lesenswerte Arbeit, die für den Chirurgen wie für den pathologischen Anatomen und Internisten von gleichem Interesse ist. H. Fritz (Tübingen).

---

10) Cullen. Surgical diseases of the umbilicus. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 6. 1911.)

Klinischer Vortrag über chirurgische Erkrankungen des Nabels.

C. berichtet dabei über drei Fälle von sekundärem Adenokarzinom des Nabels. Im ersten Falle dürfte die Primärgeschwulst sich im Magen oder Darm befunden haben; der zweite Pat. litt an Darmkarzinom, der dritte an Karzinom der Gallenblase.

Histologische Befunde der Geschwülste und makroskopische Abbildung der durch Operation gewonnenen Präparate. W. v. Brunn (Rostock).

---

11) Rubin. The functions of the great omentum. (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 2.)

Eine eingehende anatomische, pathologische und experimentelle Studie. Ihr Ergebnis war folgendes:

1) Das Netz hat keinerlei aktive Beweglichkeit. Seine so verschiedene Lage erklärt sich durch Verschiebung infolge der Darmbewegungen, des Druckes, der statischen Verhältnisse der Baucheingeweide und der anatomischen Beziehungen zu Gallenblase und Milz.

2) Das Netz besitzt keine nachweisbare Chemotaxis, ebensowenig eine bewußte, die übrigen Teile schützende Eigenschaft. Es schützt lediglich durch seine Eigenschaft als Bauchfell.

3) Es kann nekrotische Teile nicht zum Leben bringen oder der Zirkulation beraubte mit neuen Gefäßen versehen. Fremdkörper werden von ihm zerstört; verwächst es mit anderen Organen, so bildet sich Narbengewebe.

4) Von selbst füllt das Netz keine Löcher in Hohl- oder festen Organen aus. Trotz häufiger Verwachsungen bei perforativer Appendicitis, schützt es keineswegs vor Peritonitis.

5) Bei entzündlichen Erkrankungen der Bauchorgane entwickelt es schützende Eigenschaften durch seine Neigung, mit anderen Organen zu verwachsen und dadurch Eiter und dergleichen abzusacken, durch die aufsaugende Kraft und die Produktion phagocytärer Zellen.

6) Seine Haupteigenschaften sind die eines anderen Mesenteriums: Befestigung von Eingeweiden und ihre Blutversorgung.

7) Verwachsungen des Netzes mit einer Bauchgeschwulst spricht im Allgemeinen gegen bösartige Geschwulst.

8) Bei Gallenblasenoperationen soll daran gedacht werden, daß auch ohne entzündliche Erkrankung das Netz eine Art Mesenterium für die Gallenblase bilden kann.

9) Netzverwachsungen nach Bauchschnitt vermeidet man am besten durch sorgfältige fortlaufende Peritonealnaht.

10) Das Netz kann große Massen von Flüssigkeit und suspendierten Körpern aufsaugen. Größere Körper werden mechanisch herangezogen.

11) Man soll keine zu große Hoffnungen auf Netzplastiken setzen. Abgetrennte Partien werden leicht nekrotisch, nur ganz unversehrte Netzstücke geben brauchbare Verwachsungen ab. Trapp (Riesenburg).

---

12) Sherk. Injuries of abdominal viscera without external signs of violence. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 10. 1911.)

Mitteilung von drei zur Sektion gekommenen Fällen von stumpfer Bauchverletzung, in denen die Leber, die Milz bzw. der Dünndarm verletzt waren; in allen Fällen war ein operativer Eingriff unterlassen worden. Ferner hat Verf. 290 Fälle aus der Literatur zusammengestellt und bespricht die wesentlichsten Punkte dieser Statistik. W. v. Brunn (Rostock).

---

13) Halpenny and Gorrell. Acute free suppurative peritonitis. (Surgery, gynecol. and obstetr. XII. 1.)

Aus ihren selbst beobachteten Fällen und der Literatur schließen Verff., daß jede allgemeine Peritonitis unbedingt operiert werden muß, einerlei woher sie rührt. Shock ist ihrer Ansicht nach eher eine Anzeige zur Operation als Gegen-

anzeige. Sehr wichtig ist richtige Drainage der tiefstgelegenen Punkte des kleinen Beckens mit Glasröhren. Verwachsungen treten nur im Gebiet der bei der Operation angefaßten Därme ein, in der Tiefe des Beckens sammelt sich stets reichlich Flüssigkeit auch noch im Verlauf von 36—48 Stunden.

Großen Wert legen Verff. auf die Einverleibung großer Mengen physiologischer Kochsalzlösung. Die folgende Ausscheidung großer Urinmengen spielt sicher eine große Rolle bei der guten Wirkung der Kochsalzbehandlung. Warum, ist nicht sicher festzustellen. Die Ausschwemmung von Toxinen allein ist es nicht.

Trapp (Riesenburg).

---

14) W. Denk. Zur Frage der zirkumskripten chronisch adhäsiven Peritonitis. (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 2.)

D. illustriert die Verschiedenheit der Ätiologie dieser Krankheit durch zwei neue schöne Fälle der v. Eiselsberg'schen Klinik. Eine 23jährige Magd litt an häufigen kolikartigen Schmerzen quer über den Bauch. Stuhl stets angehalten. In letzter Zeit auch Schmerzen im Magen nach dem Essen, Aufstoßen, Erbrechen. Objektiv nur Druckempfindlichkeit der Ileocoecalgegend nachweisbar. Diagnose des Röntgenologen: Narbe oder Geschwür am Pylorus. Klinisch wurde an die Möglichkeit chronischer adhäsiver Appendicitis gedacht. Bei der Laparotomie fand sich hochgradige Ptose des Magens, keine Affektion des Pylorus; die hintere Platte des Netzes überzog als feines Netz die Hinterfläche des Magens. Das Colon transversum hatte sich mit zwei durch zarte Verwachsungen verbundenen Schenkeln U-förmig gedoppelt nach unten gezogen. Wegen der Ptose Gastroenterostomie. Dann Freilegung des Blinddarms; Wurmfortsatz spitzwinklig geknickt, gedreht, flächenhaft zart, mit den Blinddarm adhärent. Heilung der Beschwerden.

Die zweite Pat., eine 56jährige Frau, war bis vor einem Monat gesund. Seitdem Magenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen. In der Medianlinie eine nußgroße Geschwulst fühlbar. Blinddarm stark gebläht. Laparotomie: stenosierendes Karzinom des Colon transversum. Am Colon asc. Schlingenbildung durch straffe Verwachsungen mit fast parallelen Schenkeln. Spitzwinklige Knickung und Fixierung der Flex. hepat. an der Leberunterfläche. Resektion des untersten Ileum, Colon asc. und transversum, Ileokolostomie. Glatte Heilung. In beiden Fällen, besonders dem letzten, möchte Verf. die Verwachsungen auf die Kotstauung und folgende Kolitis zurückführen. Bei der Verschiedenartigkeit der Ätiologie des resultierenden Bildes soll der Kliniker solche Fälle unbedingt der Probelaparotomie unterziehen. Literatur. Renner (Breslau).

---

15) G. Piquand (Paris). Les abcès sous-phréniques. (Revue de chir. XXIX. année. Nr. 1, 2, 4, 5, 8, 9.)

Die sehr eingehende Arbeit verwertet 890 Beobachtungen von subphrenischem Abszeß. Die meisten stammen aus den letzten zehn Jahren. Die chirurgische Behandlung des Leidens beginnt erst mit dem Jahre 1890.

Am häufigsten schließen sich subphrenische Abszesse an Erkrankungen des Magens an. Insbesondere sind Perforationen von Geschwüren der kleinen Kurvatur von subphrenischen Abszessen gefolgt. Das Zwerchfell wirkt gewissermaßen ansaugend auf den ergossenen Mageninhalt und aspiriert ihn durch die Exspirationsbewegungen nach dem subphrenischen Raum. Auch im Anschluß an eine allgemeine Peritonitis infolge einer Magenperforation kann sich ohne oder trotz operativer Behandlung der Peritonitis und Vernähung der

Magenperforation ein subphrenischer Abszeß bilden, der einen besonderen Eingriff erfordert. Die Prognose dieser postperitonitischen Abszesse ist sehr ernst. Der Inhalt der Abszesse nach Magenperforationen ist oft gashaltig. Thoraxkomplikationen sind häufig. Abszesse nach Perforationen von Magenkrebs oder infolge von Traumen sind seltener. P. teilt je einen derartigen Fall mit. Ein Kranker mit Schußverletzung wurde durch Operation geheilt, trotzdem das Geschoß beide Magenwände durchbohrt hatte.

Weit geringer ist die Zahl der subphrenischen Abszesse, die im Anschluß an Perforationen des Darmkanals beobachtet worden sind. P. sah einen solchen nach Perforation eines Duodenalgeschwürs ohne Operation tödlich enden.

Viel häufiger sind die subphrenischen Abszesse nach Appendicitis. Die Infektion des subphrenischen Raumes kann intraperitoneal, im retroperitonealen Zellgewebe, in der Pfortaderbahn oder auf dem Lymphwege erfolgen. Auch nach Herausnahme des Wurmfortsatzes können noch subphrenische Abszesse entstehen. P. teilt einen Fall von intraperitonealer Infektion des linken subphrenischen Raumes mit. Unoperiert sterben etwa 88% der Pat. mit appendicitischen subphrenischen Abszessen, operiert nur 33%.

Von den Gallenwegen aus entstehen subphrenische Abszesse meist durch Perforation der Gallenblase oder -gänge, so daß Steine oder Galle ihre Herkunft anzeigen. Außerdem führen aber auch verschiedene andere Lebererkrankungen zu subphrenischen Abszessen (Leberabszesse, Echinokokken, Krebs, Aktinomykose und Verletzungen).

Der lienale Ursprung ist selten. Meist sind es eitrige Infarkte, seltener Rupturen oder Echinokokken der Milz, die zur Bildung eines subphrenischen Abszesses Veranlassung geben. Im Eiter finden sich oft Milzsequester.

Am seltensten von den Bauchorganen bilden Pankreas, Nieren (Pyelonephritis, Verletzungen), Nebennieren und weibliche Geschlechtsorgane den Ausgangspunkt von subphrenischen Eiterungen.

Auch nach Erkrankungen der Organe des Brustkorbes oder der Rippen (Osteomyelitis) sind subphrenische Abszesse selten. Tuberkulöse subphrenische Abszesse sind oft nur besondere Lokalisationen der tuberkulösen Peritonitis oder sie gehen von tuberkulösen Erkrankungen der Leber, Nieren, des Darmes, der Lunge oder Brustwand aus. Sehr selten sind subphrenische Abszesse nach Typhus.

Sehr eingehend wird die Anatomie der subphrenischen Eiterungen behandelt. Nur 17 % entwickeln sich retroperitoneal im Anschluß an Appendicitis oder Niereneiterungen. Die meisten spielen sich in dem lockeren Zellgewebe unterhalb des Lig. coronarium hepatis ab und brechen leicht in das Brustfell durch. Sie werden vorzugsweise rechts beobachtet.

Die intraperitonealen Abszesse können in vier verschiedenen Räumen liegen, welche durch die Ligamenta coronaria und triangularia einerseits und das Ligamentum suspensorium, die Pfortader und den Leberstiel andererseits gebildet werden. Am häufigsten sind die im rechten vorderen Raum gelegenen Abszesse; er steht durch die Rinne lateral vom Colon ascendens mit der Blinddarmgegend in Verbindung. Seltener sind die Abszesse hinter und unter dem rechten oder linken Lig. coronarium, während Eiterungen in dem Raume links vom Lig. suspensorium und vor dem linken Lig. coronarium nach Perforation von Magengeschwüren wieder häufiger sind.

Der Abszeßinhalt besteht aus Eiter oder Eiter und Gasen, wozu sich Organtrümmer, Galle, Kot, Nahrungsbestandteile, Echinokokkenhaken und -membranen, Magen- oder Pankreassaft gesellen können. Bakteriologisch fand P. in vier

Fällen dreimal Bakterium coli in Reinkultur, in dem vierten Falle Colibazillen, Streptokokken und zahlreiche Anaeroben. In sonst untersuchten 72 Fällen überwog ebenfalls der Colibazillus. In 222 Fällen, d. h. mehr als 25 %, wurde auch Gas gefunden. Die meisten dieser Abszesse gingen vom Verdauungskanal aus. Doch ist es nicht der Gasgehalt der Därme allein, welcher den Gasgehalt bedingt, sondern vor allem auch die Tätigkeit gasbildender Bakterien.

Die klinischen Symptome im Beginn richten sich ganz nach dem den Ausgangspunkt bildenden Leiden. Der Abszeß selbst macht je nach seinem Sitze Bauch-, Brust- oder Lendensymptome. Nur am Bauch ist er tastbar. Die Perkussion ist oft schwierig zu deuten wegen des Gasgehaltes und der begleitenden Pleuraergüsse. Das Herz wird durch den subphrenischen Abszeß nach oben, durch einen Pleuraerguß nach der Seite verdrängt. Bei Abszessen, die das Zwerchfell in die Höhe drängen, ist oft derjenige Interkostalraum, dem der Eiter am nächsten liegt, ödematös und am meisten druckschmerzhaft.

Häufige Komplikationen der subphrenischen Abszesse sind Pleuritiden mit oder ohne Perforation des Zwerchfells. Die Zwerchfellperforationen sind häufiger bei retroperitonealen Abszessen. Gewöhnlich besteht nur eine Perforation; es sind aber bis zu drei gezählt. Ihre Größe schwankt von Stecknadelkopfgröße bis zu Zweiquerfingerbreite.

Subpleurale Abszesse nach Perforation des Zwerchfelles sind selten und werden nur bei vorher entstandenen Pleuraschwarten beobachtet, die der Eiter nicht durchbrechen kann. An den Rändern des Zwerchfells bricht der Eiter leichter in das Brustfell durch als im Zentrum, weil die Atembewegungen eine frühzeitige Verwachsung der Lungenränder mit der Zwerchfellpleura verhindern. Die plötzliche Überschwemmung der Pleura mit Eiter und Gas ist von sehr stürmischen Erscheinungen begleitet.

Nicht viel seltener, aber noch gefahrvoller ist der Durchbruch des Eiters in die Lunge mit Bildung eines Gangränherdes. Dieses Ereignis kann auch noch eintreten, wenn der subphrenische Abszeß bereits breit eröffnet ist.

Seröse Perikarditis ist selten. Die Infektion erfolgt meist auf dem Lymphwege, selten durch Perforation ins Perikard. Nur einmal brach ein Abszeß, ausgehend von einem Magengeschwür, in den linken Ventrikel durch und veranlaßte in wenigen Minuten tödliches Bluterbrechen.

Abdominale Komplikationen sind seltener als thorakale. P. selbst berichtet von einem appendicitischen subphrenischen Abszeß bei einem 39jährigen Manne, der an Peritonitis infolge Perforation des Abszesses ins Bauchfell starb. Der Durchbruch des Eiters in den Verdauungskanal oder die Gallenwege ist selten, ebenso ins Nierenbecken. Der Durchbruch des Eiters durch die Haut ereignet sich am häufigsten bei Abszessen, die von den Gallenwegen ausgegangen sind, im rechten Hypochondrium.

Bezüglich der Diagnose ist zu erwähnen, daß das Litten'sche Zwerchfellphänomen bei subphrenischem Abszeß besteht, bei Pleuritis aufgehoben ist. Perkussion, Röntgenuntersuchung, Punktion und Untersuchung des Punktates sind wichtige diagnostische Hilfsmittel. Besonders schwierig ist die Differentialdiagnose gegenüber dem Leberabszeß. Linkseitige gashaltige subphrenische Abszesse werden leicht für einen geblähten Magen gehalten. Vor der Punktion ist deshalb immer der Magen auszuspülen.

Für die Prognose ist das Ausgangsleiden und die Behandlung von der allergrößten Bedeutung. Sich selbst überlassen führen 92% aller subphrenischen

Abszesse durch Lungenkomplikationen oder Pyämie zum Tode. Am gefährlichsten sind die Abszesse im Anschluß an Darmperforationen.

Bei der operativen Behandlung — die Punktion allein genügt fast nie — ist je nach der Lage des Abszesses der abdominale, transpleurale oder lumbale Weg einzuschlagen. Bei letzterem müssen oft die unteren Rippen reseziert werden. Immer muß man auf sekundäre Eitertaschen fahnden, da das Übersehen solcher Taschen in vielen Fällen am tödlichen Ausgang schuld war. Das Vernähen von Organperforationen, die zur Entstehung eines subphrenischen Abszesses Veranlassung gaben, muß meist wegen der technischen Schwierigkeit unterbleiben. Ausspülungen der Abszeßhöhle mit sterilem Wasser hält P. für nützlich. Verf. drainiert stets, tamponiert nie. Zurückbleibende Fisteln erfordern oft Nachoperationen, heilen aber auch manchmal, wenn der Kranke aufsteht, weil die Atembewegungen ausgiebiger werden und das Zwerchfell herabsinkt.

Krankengeschichten und statistische und literarische Angaben sind überall in die Arbeit eingeflochten. Das Thema ist bis in alle Einzelheiten so erschöpfend behandelt, daß die Abhandlung als eine Monographie der subphrenischen Abszesse gelten kann. Gutzeit (Neidenburg).

---

16) F. Sasse. Zur Behandlung der akuten eitrigen Appendicitis mit zirkumskripter oder diffuser Peritonitis. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

S. verfährt bei den Abszessen infolge von Appendicitis wie auch bei der umschriebenen und diffusen Wurmfortsatzperitonitis in gleicher Weise so, daß er unter Zuhilfenahme langer Vaginalseitenhebel und vorderer Platten Mullkompressen einlegt. Dieselben sollen bei Abszessen vor ihrer Eröffnung die Bauchhöhle abschließen, bei Peritonitis eine aufsaugende Wirkung ausüben und die eitergefüllte Bauchhöhle austrocknen. Aus diesem Grunde wird von dem rechtseitigen Lenannder'schen Schnitt aus unter Benutzung der genannten Hebel und unter Beleuchtung mittels Stirnlampe die ganze Bauchhöhle abgesucht und allenthalben hin eine in Form einer lockeren Rolle zusammengelegte Mullkompresse eingeführt. Je nach Bedarf werden bis zu acht solcher Kompressen verwendet. Nach darauf folgender Wurmfortsatzexstirpation werden die Kompressen entfernt. Bei Frühfällen mit reichlichem freien eitrigen Exsudat schließt S. die Bauchhöhle ganz durch Naht. In älteren Fällen mit abgesackten Eiteransammlungen läßt er die Bauchwunde weit offen und tamponiert mit langen, locker zusammengelegten Kompressen, die mit einer einfachen Lage Vioformgaze umgeben sind. Diese Tampons werden meist jeden Tag gewechselt, und zwar wieder unter Anwendung von Hebeln und Stirnlampe, damit man sich jedesmal wieder eingehend von dem Zustand auch der freien Bauchhöhle überzeugt und so neu entstehende Eiteransammlungen eröffnen und austamponieren kann. Die Drainage des kleinen Beckens scheut Verf., weil sie nach seiner Ansicht schon nach wenigen Stunden gar keinen Zweck mehr hat, sobald sich Verklebungen und Abkapselungen gebildet haben. Das Durchspülen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung hält er für schädlich, weil Keime an Stellen verschleppt werden können, die noch nicht infiziert sind, und weil sich an den abhängigen Stellen größere Flüssigkeitsmengen ansammeln als in kurzer Zeit resorbiert werden können, so daß sich in dieser stagnierenden Flüssigkeit die vorhandenen Keime weiter entwickeln.

S. glaubt, daß die Austrocknungsmethode, wie er sie anwendet, die Ursache

sei, daß seine Mortalität bei Operationen wegen akuter Appendicitis nur 2,41% beträgt, und daß sie bei der Peritonitis diffusa auf die geringe Ziffer von 5,56% zurückgesunken ist gegenüber der Mortalitätsziffer von 20—50%, die andere Chirurgen aufzuweisen haben. Die Ansicht, daß etwa ein besonders günstiges Material diese geringe Mortalität veranlaßt habe, wird von vornherein abgewiesen. Besonders mit Kümmell's Statistik vergleicht S. die seinige. Aus der Tatsache, daß Kümmell 24,12% Peritonitiden unter seinen akuten Fällen hat, er selbst nur 21,69%, zieht er den Schluß, daß sein Durchschnittsmaterial ein wesentlich schwereres gewesen ist als das Kümmell's. Die Operation wird in leichter Beckenhochlagerung ausgeführt. Nach dem Eingriff gibt Verf. statt subkutaner und intravenöser Kochsalzinfusionen 2stündlich Kochsalzklistiere, je $^1/_4$—$^1/_2$ Liter mit einem Glas Wein. Den oft erheblichen Kollaps beseitigt er durch elektrische Glühlichtbäder mittels Kasten. Außerdem gibt er reichlich Morphin und Skopolamin. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

17) Kohl. Weitere Beobachtungen über Wert und Bedeutung der Leukocytose und des neutrophilen Blutbildes bei der Appendicitis. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie Bd. XXII. Hft. 4.)

K. weist auf Grund der Beobachtungen in der Sonnenburg'schen Abteilung des Krankenhauses Moabit auf die Wichtigkeit der Leukocytenzählung für die Prognose und die Indikationsstellung zur Operation der Appendicitis hin. Er betont, daß nicht der Blutbefund für sich allein, wohl aber im Verein mit allen anderen Symptomen wichtige Fingerzeige gebe, zumal wenn man sich nicht auf die Zählung der Leukocyten allein beschränkt, sondern sie durch das Arneth-sche Blutbild ergänzt. An acht Krankengeschichten, als Musterbeispielen verschiedener Stadien und Formen der Appendicitis, deren Kurven beigegeben sind, zeigt K., wie wir uns durch die Blutuntersuchung Klarheit verschaffen können über den örtlichen Reizzustand, über die Reaktionsfähigkeit des Individuums und über die Virulenz der Infektion.

Im zweiten Teile der Arbeit wird, wiederum an der Hand von Musterbeispielen, dargetan die Bedeutung der Blutbefunde für die Indikationsstellung zur Frühoperation und der Wert der Blutuntersuchung für Entdeckung der sekundär nach der Operation sich bildenden Abszesse. Haeckel (Stettin).

---

18) Caraven (Amiens) et Basset (Paris). Des ulcerations de l'artère iliaque externe dans les abcès appendiculaires. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 12.)

Die Drainage von appendikulären Beckenabzessen durch Gummischläuche kann zu einer Arrosion der Iliaca externa an der Stelle führen, wo das Drain die Arterie im Bereiche des Beckeneingangs kreuzt. Es kommt zu einer Drucknekrose der vorderen oder vorderen medialen Gefäßwand. Verff. berichten von einem 16$^1/_2$jährigen Knaben, bei dem 5$^1/_2$ Tage nach Eröffnung und Drainage einer Beckenphlegmone eine enorme Blutung aus der Wunde eintrat. Die Iliaca externa war in 8 mm Ausdehnung eröffet. Doppelte Unterbindung. Heilung mit voller Funktion des rechten Beines. Der Puls in der Femoralis und Dorsalis pedis wurde nach 14 Tagen deutlich fühlbar. Ein ähnlicher, noch nicht veröffentlichter Fall wird aus der Praxis von Guinard mitgeteilt. Die definitive Blutstillung wurde hier durch zwei Kocher'sche Klemmen, welche 48 Stun-

den liegen blieben, erreicht. Die seitliche Naht verbietet sich wegen der septischen Umgebung von selbst. Das Arbeiten mit Klemmen halten Verff. für nicht unbedenklich, weil man leicht die V. iliaca und den Harnleiter mitfassen kann.

Die Frage, ob nur die Eiterung oder das Drain die Arterie arrodiert hat, läßt sich durch die mikroskopische Untersuchung beantworten. Der Arrosion durch die Eiterung geht immer eine Entzündung der Arterienwand voraus, die bei der einfachen Drucknekrose durch den Gummischlauch fehlt.

Zur Vermeidung der Arrosion empfehlen Verff., die appendikulären Abszesse nur mit kurzen Drains, welche die Arterie nicht erreichen, abzuleiten und das kleine Becken mit Gazedochten zu drainieren. Gutzeit (Neidenburg).

---

19) **Gustaf Pallin. Über Typhlitis und „Ascendenskolitis“.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 2.)

Die Arbeit stammt aus der chirurgischen Klinik in Lund (Prof. Borelius). Obwohl Verf. den beschriebenen Fällen von Typhlitis kritisch gegenübersteht, leugnet er doch nicht das Vorkommen dieses Krankheitsbildes. Und zwar lassen sich dabei zwei Formen unterscheiden: bei der ersten handelt es sich meist um ältere Leute, die an Verstopfung gelitten haben, bei denen sich bei der Autopsie bedeutende Kotmassen im Blinddarm finden (»Typhlitis stercoralis«); bei der zweiten Form handelt es sich um jüngere Leute, wo die Symptome des Darmkatarrhs auf eine akute Infektion hinweisen.

Zum Bild der Typhlitis gehören umschriebene (nicht spezifische!) Ulzerationen bzw. Perforationen des Blinddarms bei gesundem Wurmfortsatz. Verf. teilt zwei solche Fälle mit, die jugendliche Individuen von 11 und 15 Jahren betrafen. In dem ersten Falle fand sich allerdings neben dem Geschwür im Blinddarm noch eine typische Appendicitis, nämlich eine Eiteransammlung in der peripheren Hälfte jenseits einer Striktur; doch waren beide Affektionen räumlich getrennt.

Für das besonders von Bittorf verfochtene Krankheitsbild der »Ascendenskolitis«, glaubt Verf. gleichfalls ein Beispiel beibringen zu können: Bei einem 27jährigen Mädchen wurde bei normalem Wurmfortsatz die Wand des Colon ascendens stark verdickt und ödematös gefunden. Nach Anlegung einer Enteroanastomose zwischen dem untersten Ileum und Colon transversum erfolgte Heilung.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

20) **I. I. Grekow. Zur Frage der Wechselbeziehungen zwischen entzündlichen Erkrankungen des Processus vermiformis und der Tuba Fallopii mit besonderer Berücksichtigung der Perforation des Wurmfortsatzes in die Tube.** (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 6.)

Verf. skizziert zunächst an zwei Fällen die Schwierigkeit der Differentialdiagnose, von welchem der beiden Organe die Erkrankung ausgeht. Er berichtet dann über einen Fall von Verwachsung der Tube mit dem Wurmfortsatz, Perforation dieses in sie und Entstehung einer Pyosalpinx, die vor der Operation nicht diagnostiziert werden konnte. Er erwähnt noch zwei ähnliche Fälle, von denen der Jalaguier's besonders interessant ist, weil in diesem während der Periode dreimal Appendicitisanfälle eintraten, die jedesmal mit Entleerung von Eiter durch den Uterus endeten. Literatur. Renner (Breslau).

---

21) Young. Two appendices in one person. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 3. 1911.)

Kurze Notiz über eine 21 Jahre alte Pat., die an akuter Appendicitis erkrankt war. Bei Eröffnung der Bauchhöhle fand sich ein freies eitriges Exsudat; am Blinddarm bestanden zwei Wurmfortsätze, beide erkrankt, der eine perforiert. Der eine Wurmfortsatz war 9 cm lang und 1 cm dick, der andere 11 cm lang und 1 cm dick; sie hatten beide ihr eigenes Mesenteriolum; ihre Abgangsstellen vom Blinddarm waren 4 cm voneinander getrennt.

Pat. ist genesen. Über den mikroskopischen Befund ist leider nichts mitgeteilt. W. v. Brunn (Rostock).

---

22) C. A. Powers (Denvers). Primary sarcoma of the appendix. (New York med. journ. 1911. Januar 7.)

P. beschreibt den Fall eines primären kleinzelligen Rundzellensarkoms des Wurmfortsatzes bei einem 17jährigen Mädchen. Pat. war 5 Wochen vorher an einem ziemlich typischen Anfall von Appendicitis erkrankt. Der Fall ist nach Angabe des Verf.s der siebente in der Literatur beschriebene.

H. Bucholz (Boston).

---

23) Roeder. Technic for removal of appendix and fixation of coecum. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 8. 1911.)

R. läßt die Enden der fortlaufenden Naht des Mesenteriolumstumpfes lang und benutzt sie zugleich zur Tabaksbeutelnaht behufs Versenkung des Wurmstumpfes. Besteht ein Coecum mobile, so legt Verf. eine ganze Reihe Raffnähte an, die die Blinddarmwand mehrfach durchsetzen und auf der lateralen Seite auch das Parietalperitoneum mitfassen unter besonderer Berücksichtigung der Taenia lateralis.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

24) Bruce. Inflammatory tumors of the abdomen simulating malignant disease. (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 2.)

Aus seiner eigenen Erfahrung teilt B. sechs Fälle von Kolitis und Perikolitis mit, die nach dem klinischen Verlauf und dem groß anatomischen Befund bei der Operation durchaus bösartigen Geschwülsten glichen und zum Teil als solche entfernt wurden. Bei anderen wurde, wegen scheinbarer Aussichtslosigkeit, die Operation abgebrochen, und erst der weitere Verlauf zeigte, daß es sich um entzündliche Geschwulst gehandelt hatte. Trapp (Riesenburg).

---

25) M. G. Joffe. Zur Lehre von der Diagnose der perityphlitischen Geschwülste. (Russki Wratsch 1911. Nr. 9.)

Nach Sonnenburg, Sprengel u. a. spricht die Beweglichkeit einer fraglichen Geschwulst gegen Exsudat. J. bringt zwei Fälle, wo die perityphlitischen Geschwülste beweglich waren. 1) 40jährige Frau, faustgroße, bewegliche Geschwulst in der Nabelgegend. Die Operation zeigte Eiteransammlung zwischen Blinddarm, Mesokolon und Dünndarmschlingen, also medial vom Blinddarm. Resektion des Wurms, Heilung. 2) 29jähriger Mann, Diagnose: Darminvagination. Rechts vom Nabel eine bewegliche nierenförmige Geschwulst. Operation: Eiter hinter dem Blinddarm. Tod nach 3 Tagen. Sektion: Wurm hinter dem Blinddarm nach oben geschlagen, mit der hinteren Darmwand verlötet; drei Per-

forationen am Wurm. Der coecale Abschnitt des Dünndarms hinter dem Blinddarm nach oben gedreht, mit letzterem verwachsen, hat den Wurm von hinten gedeckt; eine zweite Dünndarmschlinge mit der medialen Wand des Blinddarms verwachsen. Der Wurm lag also in einer geschlossenen Höhle zwischen Dünndarm hinten und Blinddarm vorn (Abbildung des Befundes), in der Fossa subcoecalis.

Gückel (Kirssanow).

---

26) Thöle. Entstehung und Begutachtung von Leistenbrüchen. (Deutsche militärärztliche Zeitschrift 1911. Hft. 2.)

T. gibt in der ausführlich angelegten Arbeit zunächst eine anatomisch-topographische Beschreibung der Leistengegend und erörtert dann die Diagnose der Bruchanlagen. Nach seiner Ansicht ist ein offener Proc. vag. peritonei klinisch nur bei angeborener Hernie oder bei gleichzeitig vorhandener Hydrocele communicans zu diagnostizieren. Bei der Operation ist der offene Proc. vaginalis peritonei zu erkennen, wenn 1) die Elemente des Samenstranges aufgefasert um den leeren Bruchsack liegen und Bruchsack und Samenstrang vom Cremaster umhüllt sind. 2) Wenn unten im leeren Bruchsack der Hoden frei liegt. 3) Der leere Bruchsack mit anderen Resten des Scheidenfortsatzes (mit einer Hydrokele des Samenstranges oder durch einen Strang mit der Tunica propria testis) in Zusammenhang steht.

Alle sicheren traumatischen Brücbe gehen mit Gewebszerreißung einher. Der Arzt soll die traumatische Entstehung eines nicht vaginalen Bruches oder die traumatische Verschlimmerung eines nicht vaginalen Bruches nur als erwiesen ansehen, wenn klinisch oder operative Spuren von Gewebszerreißung gefunden werden. Beim Vorliegen eines vaginalen Bruches kann er dessen traumatische Entstehung auch nur dann als erwiesen ansehen, wenn der Bruchsackhals gerissen ist. Wenn Spuren von Gewebszerreißung fehlen und für die Annahme der plötzlichen Füllung eines angeborenen Bruchsackes keine Anhaltspunkte vorliegen, soll der Arzt sagen, daß er zur Entscheidung der Entschädigungsfrage nichts beitragen kann.

Herhold (Brandenburg).

---

27) Papon et Tartavez. Sur la hernie inguinale directe. (Archives de médecine et de pharmacie militaires 1910. Dezember.)

Nach einer Statistik der Verff. kommen etwa auf 140 indirekte Leistenbrüche sieben direkte. Der direkte Leistenbruch unterscheidet sich in folgenden Punkten von dem indirekten. 1) Er ist häufig beiderseitig, seine Gestalt ist ganz kugelförmig und er verändert diese kugelige Gestalt bei Hustenstößen nicht. 2) sein Inhalt besteht stets aus Darm, niemals aus Netz; 3) er liegt direkt hinter dem äußeren Leistenring und scheint sich nicht in den Leistenkanal fortzusetzen. 5) Der Bruchsack ist sehr zart und mit einer doppelten Lage Fett versehen; er steht in keinem Zusammenhang mit dem Samenstrang. Nach seiner Eröffnung präsentiert er an seiner inneren Seite ebenfalls ein Fettlager. Bei der Operation läßt sich feststellen, daß dicht an seiner Außenseite die epigastrischen Gefäße liegen. Der direkte Bruch wird in derselben Weise operiert, wie der indirekte. Die hintere Wand wird wie bei der Bassini'schen Operation hergestellt.

Herhold (Brandenburg).

---

28) Schede. Über das Meckel'sche Divertikel im Bruchsack von angeborenen Leistenhernien. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 1.)

Bei einem 36jährigen Pat. der Heidelberger Klinik fand sich starke Verdickung des rechten Samenstranges, deren Natur nicht sicher anzugeben war, ferner bei starkem Pressen Eintreten einer taubeneigroßen Hernie in den Leistenkanal. Die Operation ergab einen langen röhrenförmigen Bruchsack, der mit einer kleinen Hydrokele und mit der Epididymis fest verwachsen war. Im Bruchsack ein blindes Darmstück vom Charakter des Dünndarms, 10 cm lang, mit der Spitze am Bruchsackende fest verwachsen, sonst im Bruchsack frei, keine Zeichen von Entzündung. Bei Zug an diesem Darmstück konnte man die Kuppe der Dünndarmschlinge, von der es abging, gerade in den Leistenkanal ziehen, so daß eine Littre-sche Hernie entstand.

Zur Erklärung des Befundes weist S. darauf hin, daß der Ductus omphaloentericus im 3. Monat obliteriert, mit ihm die begleitenden Arterien, von welchen die rechte am persistenten Meckel'schen Divertikel den sogenannten Endstrang bilden kann, der an den verschiedensten Stellen der Bauchhöhle zu inserieren vermag. Da um dieselbe Zeit des Descensus der Hoden beginnt, kann das Ende des Ductus omphaloentericus sehr wohl hier inserieren und später mit in den Processus vaginalis gezogen werden. Man muß also den zahlreichen Insertionsmöglichkeiten des Meckel'schen Divertikels die Insertion am Hoden anreihen.

H. Fritz (Tübingen).

---

29) Bergane. Appendicocèles. (Archives de médecine et de pharmacie militaires 1911. Januar.)

Fünf Fälle von Leistenbrüchen bei Soldaten, in welchen als Bruchinhalt im Bruchsack der Wurmfortsatz lag. Alle wurden operiert und geheilt. Die Diagnose ist nach B. vor der Operation schwer zu stellen.

Herhold (Brandenburg).

---

30) Bamberger. A case of diaphragmatic hernia. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 27. 1910.)

10 Jahre vor der jetzigen Erkrankung Stichverletzung im linken siebenten Interkostalraum seitlich von der vorderen Axillarlinie mit Vorfall von scheinbar fetthaltigem Gewebe; Naht in Narkose und Heilung. 5 Tage vor der Aufnahme plötzliche Erkrankung mit heftigen Schmerzen in der linken Oberbauchgegend, Erbrechen und völliger Darmverschluß. Die Laparotomie ergab, daß am unteren (soll wohl heißen hinteren) Rande des Zwerchfells dicht links neben der Mittellinie eine kleine Öffnung war, die gerade die Fingerkuppe passieren ließ; hier war ein Stück des Colon descendens fest verwachsen und geknickt.

Enteroanastomose, Heilung. W. v. Brunn (Rostock).

---

31) Ernst Johannes Schmidt. Studien zur Histologie und Funktion der Magenschleimhaut, insbesondere bei chronischen Erkrankungen des Magens. (Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Zur weiteren Klärung der noch nicht genügend erforschten Tatsache der Umwandlung des Magenepithels in Darmepithel in kranken Mägen und zur Beantwortung der noch offenen Frage, inwieweit dem Säuredefizit bei Karzinom

histologische Veränderungen in dem noch nicht vom Karzinom ergriffenen Teile der Magenschleimhaut entsprechen, hat S. in der Würzburger chirurgischen Klinik die Schleimhaut von 50 Mägen untersucht; darunter befinden sich 26 Karzinome mit 16 Resektionen und einer Gastrektomie; 14 Pylorusgeschwüre mit 5 Resektionen und einer Pylorusausschaltung, 2 Duodenalgeschwüre, eine chronische Gastritis, ein Sanduhrmagen, 6 normale Mägen verschiedenen Alters, besonders fötale. Er kommt zu dem Resultat, daß kein genügender Parallelismus zwischen den histologischen Befunden, insbesondere des Fundusteiles, und den Ergebnissen der funktionellen Untersuchung besteht; zumal das Salzsäuredefizit kann durch Veränderungen im Sinne einer Atrophie allein nicht erklärt werden; die Schleimhaut des Fundus findet sich in einem großen Teil der Karzinomfälle durchaus wohlerhalten, und trotzdem fehlt die freie Salzsäure. Umwandlung des Magenepithels in Darmepithel ist als eine allmählich fortschreitende atypische Regeneration anzusehen. Sie kommt besonders bei Karzinom, jedoch auch reichlich und oft bei Magengeschwür vor, sowohl bei wohlerhaltenem Chemismus, als auch bei Achylie. Das neugebildete Darmepithel ist sekretorisch und resorptiv als vollwertig zu betrachten, Fettresorption ist histologisch nachweisbar; sein alkalisches Sekret wird zur Salzsäurebindung beitragen. Haeckel (Stettin).

---

32) Holmgren (Stockholm). Eine neue Methode zur Bestimmung der freien Salzsäure im Magensaft. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 6.)

Die Methode geht von der Beobachtung aus, daß, wenn schwache wäßrige Lösungen von HCl in Filtrier- oder Löschpapierstreifen aufsteigen, das Wasser vorangeht, so daß der feuchte Teil des Papiers in seinem oberen Teil in größerer oder geringerer Ausdehnung nicht sauer reagiert. Bestreicht man vorher das Löschpapier mit einer 1%igen Kongorotlösung, so läßt sich aus dem Vergleich der durch die Reaktion veränderten Farbzonen ein Schluß auf das Vorhandensein von freier Salzsäure ziehen, die durch eine mathematische Formel auch eine quantitative Bestimmung zuläßt. Nach Ansicht des Verf. liefert diese Methode ein für praktisch medizinische Bedürfnisse völlig ausreichendes Maß für den Gehalt des Magensaftes an freier Salzsäure. Bezüglich der näheren Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Deutschländer (Hamburg).

---

33) Vandivert and Mills. Foreign material in the stomach. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 3. 1911.)

Eine Geisteskranke befand sich über 7 Jahre in Anstaltsbehandlung, Appetit und Verdauung waren bis zum Tode stets gut. Bei der Sektion fanden sich im Magen 1446 Fremdkörper, darunter 453 Nägel, 42 Schrauben u. a. m. im Gewicht von $2^1/_4$ kg. W. v. Brunn (Rostock).

---

34) Hall. Why the general practitioner should study the surgical diagnosis of gastric and duodenal ulcer. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 2. 1911.)

H. stützt seine Ausführungen auf 203 erfolgreich behandelte Fälle von Magen- und Duodenalgeschwür, von denen 93 durch verschiedene Chirurgen operativ behandelt worden sind.

Schmerzen bestanden bei 82%, dauernde Hyperazidität in 80%, Druckempfindlichkeit in 70%, Erbrechen in 66%, Spannung der Bauchmuskeln in 60% der Fälle.

Die zahlreichen, solchen Kranken drohenden Gefahren werden vom Verf. eingehend geschildert.

Er gibt den dringenden Rat, in solchen Fällen, wo nicht etwa alarmierende Symptome eine sofortige Operation erzwingen, sich nur einige Wochen bei der üblichen internen Therapie aufzuhalten und alsdann bei mangelndem Erfolg der Behandlung den Pat. dem Chirurgen zu überweisen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

35) **A. Hermann. Zur Frage der Epithelmetaplasie.** (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Hft. 5.)

Bei einer Frau mußte wegen rezidivierender zweifacher Narbenstenose mit totaler Magenschrumpfung eine partielle Magenresektion ausgeführt werden. Am Präparat fand sich entsprechend dem Pylorus in einem kleinen Bezirk hohes Plattenepithel, das sich auf der einen Seite scharf gegen die Darmschleimhaut absetzte, während es in der Nähe eines Geschwürsrandes vollständig verschwand. Das Epithel hält W. trotz des Fehlens von Verhornung für echtes Plattenepithel.

Renner (Breslau).

---

36) **Balch. The Roux operation in dilatation of the stomach.** (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 1.)

Die tiefste Stelle der großen Kurvatur liegt bei Magenerweiterung — ausweislich Röntgenaufnahme — oft sehr tief, im Becken sogar, so daß eine Gastroenterostomie durch die daraus sich ergebenden mechanischen Verhältnisse eher Schaden als Nutzen bringt. B. macht daher in solchen Fällen die Roux'sche Operation — Einnähung des quer durchtrennten abführenden Dünndarmschenkels in die Öffnung am tiefsten Punkt des Magens, des zuführenden Dünndarmschenkels etwas unterhalb der Magenanheftungsstelle in den abführenden Schenkel. Je tiefer abwärts vom Magen letzteres erfolgt, umso leichter wird Circulus vitiosus vermieden. Verf. hat stets gute Erfolge mit dieser Operation gehabt.

Trapp (Riesenburg).

---

37) **Mitchell. Primary sarcoma of the stomach with autopsy findings.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 7. 1911.)

Bei der Autopsie einer 72 Jahre alt gewordenen Frau fand sich am Pylorus eine ringförmige Geschwulst, die sich als Rundzellensarkom erwies; Metastasen waren nicht vorhanden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

38) **Pochhammer. Beiträge zur Magenresektion.** (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

Beschreibung mehrerer, selbst ausgeführter, zum Teil ausgedehnter Magenresektionen wegen Karzinom, Geschwür und Sanduhrformbildung. P. nimmt dabei Gelegenheit, in recht temperamentvoller Weise darauf hinzuweisen, daß Patt. mit Magenkrebs häufiger zu lange Zeit in der Behandlung von Magenspezialisten sich befänden und so die Gelegenheit für die frühzeitige Entfernung der Magengeschwulst versäumt werde. Er fordert bei verdächtigen Fällen die sofortige Überweisung an Chirurgen und betont, daß der Laparotomieschnitt von geübter

Hand heutigentags ein Eingriff ist, dessen Gefährlichkeit nicht höher bewertet werden darf als das Einführen eines Magenschlauches; er übertrifft aber bei weitem an Ungefährlichkeit die Einführung anderer Instrumente, deren sich einzelne Spezialisten zu bedienen pflegen, nämlich des Ösophagoskops und des Gastroskops.

Glimm (Klütz).

---

39) J. Schoemaker. Über die Technik ausgedehnter Magenresektionen. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

S. ist ein Verehrer der ersten Billroth'schen Methode bei Magenresektionen und glaubt, daß man dieselbe auch bei sehr ausgedehnten Magenresektionen noch anwenden kann, namentlich wenn man einige Modifikationen gebraucht, die er des näheren angibt. Sie bestehen in schrittweiser Durchtrennung des Magens ohne Anlegung einer zentralen Klemme und in Anlegung der ersten Verbindungsnähte zwischen Magenstumpf und Duodenum vor Abtragung der Geschwulst. Auf diese Weise wird die Spannung bei der Nahtanlegung vermieden. Kürzere Dauer der Operation und Erhaltung der natürlichen Verhältnisse werden als Vorzüge dieses Verfahrens gerühmt.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

40) J. Golpern. Die Dauererfolge der Magenoperationen bei gutartigen Magenerkrankungen. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

In dem Gouvernementskrankenhaus zu Smolensk wurden 179 Operationen bei gutartigen Magenleiden ausgeführt. Die Mortalität betrug abgesehen von den Geschwürsperforationen 3,5%. Was die Dauererfolge der einzelnen Operationen anlangt, so wurde auch hier die bekannte Erfahrung gemacht, daß die narbigen Stenosen des Pylorus die besten Erfolge geben; danach bewährten sich am meisten die Erfolge chirurgischer Eingriffe bei Pförtnergeschwüren und schließlich in etwas geringerem Maße diejenigen bei Geschwüren mit Sitz außerhalb des Pylorus. Als die Operationsmethode, welche sich für gutartige Magenerkrankungen am besten eignet, sieht G. die Gastroenterostomie an. Verf. bespricht ausführlich die einschlägige Literatur und gibt in Tabellen eine genauere Übersicht über vielerlei Details, die bei der Beurteilung der chirurgischen Erfolge bei gutartigen Magenleiden in Frage kommen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

41) Willy Katz. Die Gastroenterostomia posterior retrocolica verticalis (v. Hacker-Kausch). (Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. LXXI. Hft. 3.)

Die Arbeit stammt aus dem Auguste Viktoria-Krankenhaus zu Schöneberg. Verf. bespricht zunächst die drei Hauptursachen von Störungen der Magendarmpassage, wie sie nach der Gastroenterostomie beobachtet werden, nämlich die Magenparese bzw. -paralyse, zweitens die Verlegungen des Darms, drittens den Circulus vitosus.

Verf. teilt dann die von Kausch angewandte Methode mit, sowie 17 nach dieser Methode operierte Fälle. Er faßt seine Ausführungen dahin zusammen: »Die Gastroenterostomia retrocolica posterier verticalis nach von Hacker-Kausch stellt die denkbar einfachste und natürlichste Methode der Gastroenterostomie dar. Sie ist technisch leicht ausführbar und gibt ausgezeichnete Resultate.

Die Modifikation beruht auf folgendem: Wahl der kürzesten Schlinge unter straffer Anspannung; vertikale Lagerung an der Hinterwand des Magens, mög-

lichst in der Medianlinie; die Naht und der Schlitz verlaufen am Darm quer, am Magen parallel der großen Kurvatur. Die Naht umfaßt mehr als die halbe Circumferenz des Darmes. Der Schlitz zwischen dem zuführenden Darmschenkel und der hinteren Magenwand wird durch einige Nähte verschlossen.«

H. Kolaczek (Tübingen).

42) **H. Delagénière** (du Mans). **Occlusion duodénale compliquant une hernie volumineux et irréductible.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XXXVI. Nr. 7. 1910. März 1.)

Ein 67jähriger Mann erkrankte unter den Erscheinungen eines hochsitzenden Dünndarmverschlusses. Er erbrach oft, das Erbrochene war grünlich, nicht fäkulent; der Leib war nicht aufgetrieben, Abführmittel hatten Erfolg. Da Pat. einen seit langer Zeit irreponiblen, großen Leistenbruch hatte, wurde als Ursache des Zustandes eine Knickung des Dünndarms durch Mesenterialzug angenommen. Die vorgenommene Herniotomie ergab keine Wegbehinderung des Darmes im Bruchsack, doch wurde eine in die Duodenalgegend führende stark angespannte Mesenterialleiste konstatiert, die durch den an ihr erfolgten Zug zu einem Duodenalverschluß geführt hatte. Praktisch sind diese und ähnliche vom Verf. beobachtete Fälle wichtig, weil man die Ursache des Darmverschlusses ohne Nutzen im Bauch suchen könnte, während durch Herniotomie und Reposition des Bruches allein die Ursache des Leidens in einfacher Weise zu beseitigen ist.

G. E. Konjetzny (Kiel).

43) **M. Lecène. Deux cas d'ulcère du duodénum.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1911. T. XXXVII. Nr. 9. März 1.)

Der erste Fall gibt das typische Beispiel eines vollkommen latenten Duodenalgeschwürs, das durch plötzliche Perforation zum Ausgangspunkt einer Peritonitis wurde, die sich hauptsächlich durch Schmerzen und Bauchdeckenspannung der rechten Unterbauchgegend äußerte. Klinisch deutete zunächst alles auf appendicitische Peritonitis hin. Erörterung bekannter anatomischer Verhältnisse. Zur Untersuchung des Magens und Duodenum wählt L. die transversale Laparotomie. Es wird auf eine dunkle Frage in der Patologie der nach Magen- und Duodenalperforationen auftretenden Peritonitis hingewiesen, daß nämlich die Schwere solcher Peritonitiden mit dem geringen und wenig virulenten Keimgehalt des Magens und Duodenum sehr kontrastiert. Es scheinen hier doch höchstwahrscheinlich noch andere Faktoren außer bakteriellen Einflüssen eine Rolle zu spielen.

Der zweite Fall betrifft ein kallöses Duodenalgeschwür, das sehr heftige Schmerzen und Stenosenerscheinungen gemacht hat. Beide Fälle wurden durch Gastroenterostomie geheilt.

G. E. Konjetzny (Kiel).

44) **Butler. Enteroptosis in children.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 27. 1910.)

B. hat 50 Mädchen und 105 Knaben auf die Lagerung ihrer Bauchorgane untersucht. Bei 3 Mädchen und 1 Knaben fand sich ausgesprochene rechtseitige Wanderniere; bei diesen 3 Mädchen lag auch die untere Magengrenze unterhalb des Nabels; sie zeigten sämtlich den Habitus enteroptoticus. Alle standen im Alter von 12—14 Jahren. Tiefstand der unteren Lebergrenze an sich findet sich im Kindesalter sehr oft und ist für die Diagnose einer Enteroptose an sich nicht

zu verwerten. In den ersten Lebenstagen sind die Niere und die Leber fast stets leicht zu tasten.

W. v. Brunn (Rostock).

---

45) Schmilinsky. Über einen Fall von hochsitzender syphilitischer Jejunalstenose, einen Fall von tiefer karzinomatöser Duodenalstenose und über die chirurgische Behandlung solcher Stenosen. (Mitteilungen aus d. Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Bei einer 60jährigen Frau wurde die Diagnose auf Pylorusstenose gestellt; es fand sich jedoch bei der Laparotomie 4 cm unterhalb der Plica duodenojejunalis eine syphilitische Stenose; sie wird reseziert, die beiden Darmlichtungen End-zu-End vereinigt. Heilung.

Bei einem 48jährigen Manne wurde eine infrapapilläre Duodenalstenose diagnostiziert. Bei der Operation fand man am Übergang des absteigenden in den unteren horizontalen Teil des Duodenum eine stenosierende Geschwulst. Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Murphy-Knopf. Nach 12 Monaten noch Wohlbefinden, obwohl der Knopf nicht abging, sondern in den Magen gefallen und von da ins Duodenum oberhalb der Stenose gelangt war. Als später Verschlechterung eintrat, wurde der Knopf durch Duodenotomie entfernt; Tod nach einigen Tagen an Peritonitis. Die Geschwulst erwies sich als Karzinom, das aufs Pankreas übergegangen.

Unter Berücksichtigung der wenigen in der Literatur niedergelegten Fälle und der bei Tieren experimentell erzeugten Duodenalstenose erörtert Verf. die Frage, wie man sich am besten dabei verhält. Wenn irgend möglich soll man resezieren. Geht das nicht, so ist Duodenojejunostomie der Gastroenterostomie vorzuziehen; denn bei letzterer bleibt im Duodenum bei infrapapillärem Sitz der Stenose ein Blindsack, in dem Fremdkörper, Galle, Pankreassaft, Chymus stagnieren und zur Perforation führen können. Das wird vermieden, wenn man möglichst dicht oberhalb der Stenose die Anastomose anlegt.

Haeckel (Stettin).

---

46) J. Schnitzler. Aus dem Kapitel der Darmstenosen. (Med. Klinik 1911. p. 401.)

Es gibt keine scharfen unabänderlichen Abgrenzungen zwischen den verschiedenen Arten des Darmverschlusses (akut oder chronisch; Raumbeengung von außen, Verstopfung der Darmlichtung, Erkrankung der Darmwand; Strangulation, Obturation), sondern vielfache Übergänge und Vermischungen. Das Bild des Gallensteindarmverschlusses, den S. 15mal sah, wird bedingt durch abwechselnde angestrengte Peristaltik und Erschöpfung des Darmes sowie durch die Wanderung des Gallensteines und die fortwährende Änderung im Sitze des Darmverschlusses. Auch die Strangobturation (Wilms) ist nach S.'s Erfahrungen eine durchaus nicht seltene Form des Darmverschlusses.

Wie manche Bauchfellentzündung weist auch mancher Darmverschluß (eingeklemmter Bruch oder innere Einklemmung) schwere Allgemeinerscheinungen durchaus nicht sogleich auf.

Einmal sah S. bei akuter Darm- und Mesenteriumabschnürung einen schnellen reflektorischen Herztod. Sensibilität und die Möglichkeit der Reflexauslösung kommen in erster Reihe dem Mesenterium und erst an zweiter Stelle, wenn überhaupt, der Darmwand zu. Die schweren Darmverschlußerscheinungen sind die

Folge der Überfüllung und Überdehnung des oberhalb des Hindernisses gelegenen Darmes und der sich anschließenden Bauchfellentzündung. Tritt der Tod ein, ohne daß Bauchfellentzündung vorliegt, so tragen die gestörte Darmtätigkeit und der veränderte Blutumlauf im Darme und in der Bauchfellhöhle die Schuld.

Unterscheidung gegen Bauchfellentzündung anderen Ursprunges, gegen Darmverschluß nach Bauchverletzung. Bei einer solchen sah und operierte S. mit Erfolg eine Darminvagination.

Beziehungen zwischen Bauchfellentzündung und Darmverschluß. In gewissen Fällen führt allein schon die Beseitigung des letzteren zur Heilung. So legte S. bei zwei Kranken, deren Magengeschwür in die freie Bauchhöhle durchgebrochen war, lediglich Darmfisteln und eine beschränkte Bauchhöhlendrainage an, mit dem Erfolge schneller Heilung. Ebenso glatt verlief eine puerperale Bauchfellentzündung, bei der lediglich der Dickdarm eröffnet wurde. Aus reicher Erfahrung heraus empfiehlt S. die Darmfistelanlegung bei Darmverschluß infolge von Bauchfellentzündung, falls nicht schon ein zu großer Teil des Darmes gelähmt ist; oft liegt aber auch zugleich eine mechanische Behinderung des Darmes vor.

Erkennung der Darmverengerung infolge von Bauchfellentzündung. Von jeher achtete S. auf die neuerdings von Wilms beschriebenen hochklingenden metallischen Darmgeräusche, die auf eine bedeutende Spannung der Darmwand zurückzuführen sind und nur bei akuten oder subakuten Darmverengerungen auftreten. Auf Grund der Erfahrung an fast 100 Fällen empfiehlt S. beim peritonitischen Darmverschluß die einfache oder unter Umständen mehrfache Darmfistelanlegung, deren Technik und Nachbehandlung genauer beschrieben werden. Hohe Darmeinläufe sind nicht angebracht.

Die verschiedenen Arten der Darmundurchgängigkeit im Gefolge der Wurmfortsatzentzündung. Sie können nacheinander bei demselben Kranken eintreten, wie an einer eigenen Beobachtung gezeigt wird. Hier und im ganzen noch bei drei weiteren Fällen mußte der Darm, der bei der Fistelanlegung an die Bauchwand angenäht war, von dieser nach Monaten und Jahren gelöst werden, da Beschwerden bestanden.

Darmverschluß nach Operationen. Unmäßige Aufblähung des Magens und Zwölffingerdarms bei völligem Zusammensinken der im kleinen Becken liegenden übrigen Dünndärme ist bedingt durch einen Druck der Gekröswurzel auf das Duodenum (»mesenterialer Darmverschluß«) und nicht durch eine primäre Dilatation und Lähmung des Magens. Daher hat auch Bauchlagerung Erfolg.

Auch bei dem Darmverschluß, der innerhalb der ersten 8 Tage nach der Operation auftritt, ist die bloße Anlegung einer Darmfistel zu empfehlen.

Die Feststellung, daß der Darm vergeblich gegen eine Behinderung seiner Durchgängigkeit kämpft, gibt die Anzeige zur Operation. Man soll lieber unter falscher Diagnose im richtigen Augenblick als unter richtiger Diagnose im falschen Augenblicke operieren. Georg Schmidt (Berlin).

---

47) **Martin.** The significance of the Lane knik of the ileum.

(Surgery, gynecology and obstetrics XII. 1.)

Die nach Lane benannte Knickung des Dünndarms sitzt innerhalb der letzten 12 cm des Dünndarms vor seiner Einmündung in den Blinddarm. Sie findet sich gerade an dieser Stelle, weil dort das Mesenterium besonders kurz ist. Die Knickung entsteht durch mechanische Verhältnisse, Druck des gesamten Dünndarms gegen die Stelle, Zug des abnorm tief liegenden Blinddarms und dergleichen.

Der pathologische Befund bei der Knickung ist entweder Knickung an einer oder mehreren Stellen, Verkürzung und Verdickung des Mesenterium mit Verwachsungen seiner Falten, Verwachsung der Darmschenkel untereinander mit anderen Darmteilen, Aufrollung des Darmes durch Verwachsungen an seinen eigenen Mesenterium. Die Ursachen für den Tiefstand des Blinddarms usw. können angeborene oder erworbene sein. Die Krankheitszeichen sind durch die Stauung des Darminhalts bedingt. Die Behandlung kann nur chirurgisch sein und in Herstellung möglichts normaler Verhältnisse bestehen.

Trapp (Riesenburg).

---

48) **G. Küss (Paris). Les rétrécissements péri-coliques pelviens (péri-recto-sigmoïdiens) principalement chez la femme.** (Rev. de chir. XXX. ann. Nr. 2—5 u. 8.)

Verf. bespricht ausführlich die exogenen Verengerungen des Colon pelvinum und des Mastdarmes, die durch Krankheitsprozesse außerhalb des Darmes entstehen und schließlich zum vollständigen Darmverschluß führen. Es handelt sich dabei immer um entzündliche Veränderungen der benachbarten Beckenorgane, die auf die Gefäßscheide des Darmes übergreifen. Nicht ausgeschlossen ist es natürlich, daß die entzündlichen Exsudate auch einmal von der Darmwand selbst ausgegangen sein können. Sie haben sich aber zunächst in dem umgebenden Zellgewebe etabliert und erst durch die Umklammerung und Einmauerung des Darmrohres seine Verengerung herbeigeführt. Es gilt hier Ähnliches wie für die übrigen Hohlorgane des Körpers (Speiseröhre, Magen, Choledochus, Duct. Wirsungianus, Blinddarm, Harnleiter, Harnröhre).

Beim Weibe sind diese Verengerungen sehr viel häufiger als beim Manne. Am Colon pelvinum nehmen sie ihren Ursprung von einer Perisalpingitis, Perimetritis oder Pelviperitonitis. Immer sind es chronische, produktive Formen der Peritonitis, die junges Bindegewebe und Verwachsungen schafft, die als große, krebsähnliche Neubildungen imponieren und durch die Ummauerung des Darmes und Schrumpfung das Darmrohr verengern.

Am Mastdarm sind es hauptsächlich parametritische Entzündungen, die ihn einschnüren. Doch kann auch beim Manne eine chronische Eiterung der Prostata oder eine Pericystitis zur Bildung von Exsudaten Veranlassung geben, die die Darmlichtung erheblich reduzieren. Auch kommen Verengerungen des Mastdarmes im diaphragmatischen Teile durch Fisteln oder Abszesse zustande, welche vom knöchernen Becken ausgehen. Sie werden bei beiden Geschlechtern beobachtet.

Am Kolon sind ferner noch Strikturen infolge tuberkulöser Peritonitis zu beobachten.

Anatomisch charakterisieren sich alle diese Verengerungen dadurch, daß die Schleimhaut über den anderen infiltrierten Schichten der Darmwand stets verschieblich bleibt. Die Mehrzahl der Verengerungen wird im geschlechtsreifen Alter beobachtet, da ja entzündliche Erkrankungen der Geschlechtsorgane hauptsächlich an ihrer Entstehung beteiligt sind.

Die Flexur mit ihren Knickungen, Divertikeln und physiologischen Kotstauungen ist an und für sich schon zu Entzündungen prädisponiert und daher leicht geneigt, sich an Entzündungen der Umgebung zu beteiligen.

Es sind alle möglichen Formen von Verengerung — zylindrische, ringförmige, klappenförmige und spiralige — beobachtet. Die Lichtung ist mitunter kaum

für eine Sonde passierbar. Der Versuch, solche Verengerungen experimentell beim Hunde zu erzeugen, mißlang.

Das Rektoskop zeigt die verschiedenen Formen der Verengerung. Schleimhautgeschwüre fehlen stets. Oft kann erst durch die Probeexzision eine genaue Diagnose gestellt werden.

Die operative Behandlung, die sich ganz nach dem Sitze der Verengerung und dem zugrunde liegenden Leiden zu richten hat, bringt meist Heilung. Zuweilen — bei hochgradiger Entkräftung — muß man sich zunächst mit einem künstlichen After begnügen.

Zum Schluß 50 ausführliche Krankenberichte, darunter 11 über eigene Beobachtungen und ein Literaturverzeichnis von 74 Nummern.

Gutzeit (Neidenburg).

---

49) Ehrlich. Zur Kasuistik der Intestinallipome. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 2.)

Zu den 52 Fällen von submukösen Lipomen des Nahrungskanals (davon 45 von Hellström tabellarisch zusammengestellt, wozu noch sieben neuere kommen) teilt Verf. einen weiteren aus der Payr'schen Klinik in Greifswald mit: eine 62jährige Frau war vor 8 Tagen unter den Erscheinungen eines subakuten Ileus erkrankt. Bei der Operation fand sich etwa 20 cm oberhalb der Bauhin'schen Klappe im Ileum eine etwa daumendicke Geschwulst, die sich später — es wurde die Resektion und Seit-zu-Seit-Anastomose zwischen Ileum und Colon ascendens ausgeführt — als submuköses, ziemlich breitbasiges Lipom entpuppte. Da die Geschwulst nicht groß genug war, um die Darmlichtung ganz zu verlegen, mußte man annehmen, daß sie zu einer spontan zurückgehenden Darminvagination geführt hatte.

Verf. schließt eine Besprechung der Magen-Darmlipome an. Je tiefer der Darmabschnitt, um so häufiger ist ihr Vorkommen. Man unterscheidet äußere, subseröse (wesentlich seltener) und innere, submuköse Lipome. Klinische Erscheinungen machen sie nur, wenn es zu einem Darmverschluß kommt. In mehr als der Hälfte der klinisch beobachteten Fälle war es zu einer Invagination gekommen. Die richtige Diagnose ist von der Operation bisher noch nie gestellt worden. Die Therapie richtet sich nach dem Befund.

Literaturverzeichnis. H. Kolaczek (Tübingen).

---

50) Scudder. A malignant lymphoma of the small intestine. (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 1.)

Bei einer 37jährigen Frau, die schon längere Zeit an Darmbeschwerden litt, fand sich außer vergrößerten Nackendrüsen und tastbarer Leber, rechter Niere und Milz eine hühnereigroße, bewegliche Geschwulst in der rechten Unterbauchseite. Beim Bauchschnitt erwies sie sich als Teil des Dünndarms, der durch völlige Infiltration von Geschwülsten auf 11 cm Länge in ein dickes, steifes Rohr verwandelt war. Oberhalb desselben Stauungserscheinungen. Darmresektion, Genesung. 1 Jahr später Blutarmut mit leichten Veränderungen des Blutbildes, die durch Sol. Fowleri bald beseitigt wurden. Trapp (Riesenburg).

---

51) W. P. Graves (Boston). Diverticulitis of the sigmoid. (Boston med. and surg. journ. 1911. März.)

Auf Grund von Literaturstudien und eigenen Beobachtungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die erworbenen Darmdivertikel sind fast stets multipel

und können sich im ganzen Darm finden, treten aber meist in der Flexur auf. Die Divertikel des Dickdarms machen prägnantere klinische Symptome als die des Dünndarms. Die Divertikelbildung ist wahrscheinlich auf eine lokale Muskelschwäche der Darmwand zurückzuführen und steht im Zusammenhang mit der Fettanhäufung, wofür besonders der Umstand spricht, daß sich die Mehrzahl der Dickdarmdivertikel an dem Ansatz von Appendices epiploicae findet. Die Pathologie und Symptomatologie der Divertikulitis ähnelt der der linkseitigen Appendicitis. Die operative Behandlung besteht im allgemeinen in Drainage; in günstigen Fällen ist Darmresektion und -anastomose indiziert. Manche Fälle heilen spontan ohne Operation. H. Bucholz (Boston).

---

52) **Andrews. Pneumatic rupture of the intestine, a new type of industrial accident.** (Surgery, gynecology and obstetrics XII. 1.)

In Industriewerkstätten wird vielfach Preßluft zum Betreiben von Werkzeugen und dergleichen gebraucht. Die Luft ist auf 50—60 Atm. Druck gepreßt und hat dadurch eine erhebliche Gewalt. Wenn die Mündung eines solchen Luftschlauches in die Nähe des Afters kommt, selbst außerhalb der Bekleidung und der volle Luftstrom trifft diese Gegend, so ist die Gewalt so groß, daß die weichen Hinterbacken bei Seite gedrückt werden und sich aus ihnen gewissermaßen ein Kanal bildet, durch welchen der Luftstrom, die Sphinkteren überwindend, in den After und Darm eindringt. Es genügt der Bruchteil einer Sekunde, um so große Druckluftmengen einzuführen, daß der Darm zerreißt und die schwersten Zustände entstehen. A. berichtet über 15 Fälle, die er teils selbst beobachtet hat, teils aus Mitteilungen anderer kennt. Durch Zufall oder auch aus Schabernack wurden dem Verletzten die Preßluftschläuche in die Nähe des Afters gebracht. Der Druck, der zur Darmzerreißung nötig ist, beträgt nur 3—6 Atm. Die Krankheitszeichen sind so sicher, daß auch am Bewußtlosen die Diagnose leicht ist, denn keine andere Erkrankung füllt die freie Bauchhöhle so hart mit Luft an, ohne daß Entzündung besteht. Stets findet man den Dickdarm, am meisten die Flexur, zersprengt, und zwar Muscularis und Serosa viel mehr als die Schleimhaut, die meist durch den Riß durchgetrieben wird. Die Sterblichkeit betrug bei den Nichtoperierten 100%, bei den Operierten 57,2%. Bei sofortiger Laparotomie schätzt A. sie auf 10—25%. Die einzig mögliche Behandlung ist sofortige Laparotomie, Naht oder Resektion der gesprengten Darmteile.

Trapp (Riesenburg).

---

53) **P. Dorsemagen. Zur Ätiologie, Diagnose und Therapie der tiefsitzenden Mastdarmstrikturen.** (Med. Klinik 1911. p. 333.)

Unter Albu's Kranken hatten während 10 Jahren 28, darunter 26 Frauen, Mastdarmverengerungen. Bei 8 lag Lues vor; bei 4 war Gonorrhöe vorangegangen. 13mal wurde die Wassermann'sche Probe angestellt; sie gab 9mal einen Ausschlag. Demnach ist die Lues die Ursache sehr zahlreicher Mastdarmverengerungen. Tast- und Mastdarmspiegelbefund werden besprochen.

Spezifische Kuren erfolglos; desgleichen Fibrolysinverabreichung. Nur wenn aus äußeren Gründen chirurgisch nicht eingegriffen werden kann, soll die Bougiebehandlung erfolgen; doch darf sie wegen der starken Reizung der Mastdarmschleimhaut nicht zu lange ausgedehnt werden. Ist eine gute Durchgängigkeit erreicht, so soll dem jauchigen Katarrh gesteuert werden.

Georg Schmidt (Berlin).

---

54) **A. Newman** (St. Francisco). **Artificial sphincter ani for fecal incontinence.** (Pacific med. journal 1911. Vol. LIV. März.)

In einem Falle von gonorrhoischem Ischiorektalabszeß, nach dessen Spaltung eine völlige Inkontinenz mit Fistelbildung und schleimig-eitriger Absonderung aus dem Mastdarm zurückblieb, ging N. zwecks Bildung eines künstlichen Sphinkter ani folgendermaßen vor: halbmandförmiger Hautschnitt von einem Tuber ischii zum andern, Ablösung des Hautlappens; ein etwa $^3/_4$ cm breiter und daumendicker Muskelstreifen wird beiderseits vom M. glutaeus maximus abgelöst, mit der Basis am Steißbein. Nach Tunnellierung des perianalen Gewebes werden die einander unterhalb des Ligamentum coccygeum sich kreuzenden Muskelstreifen rund um den After geführt und miteinander und dem Rest des Sphinkter vereinigt, der Hautlappen wird zurückgeschlagen und vernäht. N. operierte in Bauchlage des Pat., wobei die gespreizten Beine über das Tischende herabhängen. 6 Monate nach der Operation funktionierte der neugebildete Sphinkter, obwohl er nicht normale Kontraktionsfähigkeit besaß, vollkommen genügend, selbst bei Durchfällen.

Mohr (Bielefeld).

---

55) **J. E. Kornmann.** **Zur Frage von den retrorektalen Lipomen.** (Sammlung von Arbeiten, Prof. Wischensky gewidmet. Odessa 1910. [Russisch.])

Unter 1300 sezierten Leichen wurde dreimal ein retrorektales Lipom gesehen. K. bespricht sie zugleich mit den zwei von Chiari 1902 als Paradigma beschriebenen Fällen und kommt zu folgenden Schlüssen. Diese Lipome kommen selbständig vor und sind eine verhältnismäßig seltene Unterart der Lipome des retroperitonealen Raumes. Sie können ohne klinische Symptome verlaufen, selbst bei bedeutender Größe. In allen fünf Fällen fanden sich entzündliche Veränderungen an Leber und Milz (Lebercirrhose und Splenomegalie); wahrscheinlich stehen diese Veränderungen mit den Lipomen in einem gewissen, noch nicht aufgeklärten genetischen Verhältnis. Bestätigt sich diese Hypothese, so wird man die retrorektalen und retroperitonealen Lipome aus der Klasse der wahren Neubildungen ausscheiden müssen. — Eine Tafel zeigt das makroskopische Bild von Fall 2 und 3.

Gückel (Kirssanow).

---

56) **N. Kron.** **Ein Fall von Resektion des linken Leberlappens.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

K. hat einer Pat. den linken Leberlappen wegen einer luetischen Erkrankung desselben in toto mit Erfolg exstirpiert. Die Exstirpation gelang glatt unter Anlegung von Parenchymnähten. Die Diagnose Leberlues hält Verf. für sehr schwierig wegen der Vielseitigkeit und Unbestimmtheit der Symptome, und weil man obendrein objektive Zeichen von Syphilis selten findet. Aus diesen Gründen soll man mit der Probelaparotomie nicht kargen. Die Indikation zur Exstirpation einer syphilitischen Lebergeschwulst sieht K. gegeben, wenn außer der Geschwulst keine Dissemination von Gummiknoten vorhanden ist, wenn die Geschwulst groß ist, den Pat. Schmerzen verursacht und eine Resorption nicht vorauszusehen ist. K. ist der Ansicht, daß man an der Leber gerade so operieren kann wie an anderen parenchymatösen Organen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

57) G. Bolognesi (Modena). Le cisti del mesenterio. (Clin. chir. 1911. Nr. 2.)

Verf. referiert über zwei Fälle von Gekröscysten. Beiden gemeinsam war der unmerkliche Beginn und das Auftreten der ersten Symptome als Magen-Darmstörungen. Beim zweiten Falle, einem Kinde von 5 Jahren, hatten die Eltern eine Geschwulst im Bauch bemerkt. Auch der erste Fall präsentierte sich als rundliche, fluktuierende Geschwulst in der Nabelgegend. Bei der Laparotomie fand man im ersten Falle eine einkammerige Lymphcyste mit dickflüssigem Inhalt, im zweiten eine multilokuläre, seröse Flüssigkeit enthaltende Geschwulst. Es wurde bei beiden Pat. wegen der starken Verwachsungen mit den Darmschlingen die Geschwulst in Stücken entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine äußere seröse Schicht, eine mittlere aus festem Bindegewebe bestehende, in welcher lymphoide Elemente eingestreut waren, endlich eine innere endotheliale Schicht. Es muß sich also endweder um eine Retention von Lymphe oder aber um die Entwicklung von Keimresten zwischen den Mesenterialblättern handeln. Bei beiden Kranken fand man intraparietale Hämorrhagien, Neubildung von Bindegewebe und Blutgefäße mit teilweiser Desquamation des Endothels, ähnlich wie man es bei der Pachymeningitis haemorrh. sieht.

Stocker jun. (Luzern).

Internationale Gesellschaft für Chirurgie.

Zur Vervollständigung der Anzeige auf p. 344 d. Bl. sei mitgeteilt, daß die für die Ausstellung bestimmten Gegenstände an das Generalsekretariat der internationalen Gesellschaft für Chirurgie in Brüssel, 75 Avenue Louis, in der Zeit vom 20. bis 31. August zu senden sind, das auch für geeignete Aufstellung und Rücksendung nach Schluß des Kongresses Sorge tragen wird. Das Programm der Sitzungen wird so geregelt sein, daß es den Ausstellern ermöglicht wird, ihre Präparate bzw. Apparate den Mitgliedern der Vereinigung während des Kongresses zu demonstrieren. Seitens der Eisenbahn wird eine Ermäßigung von 50% des allgemeinen Tarifs bewilligt.

Für Deutschland ist, wie bisher, Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sonnenburg, Berlin, Hitzigstr. 3, Delegierter und ist bereit, Anfragen und Wünsche zu übermitteln.

Berichtigung.

S. 517 Z. 17 von oben lies Kappis statt Koppio.
S. 616 Z. 5 von unten lies Brüning (Rastatt) statt Brüning (Rostock).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 21. **Sonnabend, den 27. Mai** **1911.**

Inhalt.

I.

Bemerkungen zur Braun'schen Lokalanästhesie.

Von

Prof. L. Kredel in Hannover.

1) Über das Verhalten des Nerv. opticus bei intraorbitalen Injektionen.

H. Braun hat kürzlich auf dem Chirurgenkongreß berichtet, wie hervorragendes seine Methode im Trigeminusgebiete leistet. Er hat dabei auch die

Injektionstechnik für die Operation der Eiterungen in Stirnhöhlen oder Siebbeinzellen besprochen, wie er sie von seinem Assistenten Peuckert (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXVI) bereits hatte beschreiben lassen. Hierbei werden u. a. von zwei Stichpunkten aus je 5 ccm einer $^1/_2$%igen Novokain-Suprareninlösung intraorbital injiziert, indem man die Nadelspitze, immer in Kontakt mit dem Knochen bleibend, nach verschiedenen Richtungen längs der oberen und medialen Augenhöhlenwand bis in den hinteren Teil der Orbita führt, bis das ganze Orbitaldach und die mediale Wand der Orbita mit Injektionsflüssigkeit bedeckt ist. Die Folge dieser Injektion ist ein geringer, schnell vorübergehender Exophthalmus.

Mir war, als ich im Juni v. J. dieses Verfahren zur Operation einer tuberkulösen Knochenfistel am oberen Orbitalrande einmal mit vollem Erfolg benutzte, ein Erlebnis beschieden, welches uns momentan sehr erschreckte. Ich hatte bei dem 50jährigen Manne von der $^1/_2$%igen Novokain-Suprareninlösung Braun's annähernd 10 ccm in die Orbita injiziert; die Nadel war immer in Fühlung mit dem Knochen geblieben; der Lage der Fistel entsprechend war die obere und laterale Partie der Orbita hauptsächlich injiziert worden, und da die Fistel nicht mehr als etwa 2 cm am Orbitaldach nach hinten reichte, so war auch die Nadel nicht gerade allzutief nach hinten geführt worden. Als ich nach einigen Minuten das Lid hob, um den entstandenen mäßigen Exophthalmus zu beobachten, fragte ich beiläufig den Kranken, ob er gut sehen könne und erhielt die überraschende Antwort, daß er mit dem Auge gar nichts mehr sehe. Dieser Zustand, welcher uns natürlich außerordentlich beunruhigte, dauerte etwa 10 Minuten, dann stellte sich das Sehvermögen wieder her und blieb normal.

Wir sehen bekanntlich gelegentlich bei derartigen Injektionen auch an motorischen Nerven, z. B. am Facialis, vorübergehende Lähmungen eintreten. Ob der Nerv. opticus damit in Parallele zu stellen ist, mag dahingestellt bleiben, da er als Gehirnteil zu betrachten ist. Nach Ansicht des anwesenden kompetenten Augenarztes, Herrn Dr. Stölting, wie auch des Herrn Prof. Axenfeld, welcher die Güte hatte, sich schriftlich dazu zu äußern, ist wohl anzunehmen, daß die vorübergehende Erblindung durch eine Anämie in der Art. centralis retinae, also Suprareninwirkung, verursacht war. Es fragt sich, ob dieses Ereignis immer als ein harmloses zu betrachten sein wird. Wie lange verträgt die Retina eine solche Anämie ohne Schaden? Hierüber besitzen die Augenärzte einige, wenn auch seltene Erfahrungen. Stölting konnte mir zwei Fälle eigener Beobachtung mitteilen, bei welchen eine stundenlang dauernde völlige Anämie der Retina keinerlei bleibende Störung hinterlassen hat. Der eine war einer der seltenen Fälle partieller Embolie der Art. centralis retinae, bei welchem der Embolus durch Massage weiter befördert werden konnte; der zweite ein Arteriosklerotiker mit Herzaffektion. Die Dauer der Suprareninanämie beträgt nach Braun durchschnittlich $1^1/_2$—2 Stunden, oft auch erheblich länger. Für den Nerv. opticus würde das nur dann zutreffen, wenn er voll im Bereich des infiltrierten Gebietes läge, während er in meinem Falle, wie auch bei der Braun'schen Technik für die Stirnhöhlenoperation, nur daran angrenzt. Daher der rasche Rückgang der Erblindung in meinem Falle.

Eine derartige Erblindung scheint bisher noch nicht vorgekommen zu sein; vielleicht ist sie auch gelegentlich unbemerkt geblieben. Hätte ich nicht zufällig den Pat. befragt, so wäre es uns auch entgangen. Braun hat mir mündlich mitgeteilt, daß er das gleiche Erlebnis nie gehabt habe, wohl aber darauf gefaßt gewesen sei. Er glaubt nicht, daß bei Anwendung $^1/_2$%iger Lösungen ein Schaden zu befürchten sein wird. Ich kann mich nach den erwähnten augenärztlichen

Erfahrungen und nach dem Verlaufe meines Falles dieser Meinung anschließen. Immerhin erschien es mir nicht überflüssig, diese Beobachtung bekannt zu geben, gewissermaßen als nachträgliche Diskussionsbemerkung zu Braun's Vortrage, mit welcher ich die überlastete Diskussion des letzten Kongreßtages nicht verlängern wollte.

In der Ophthalmologie scheint von anästhesierenden Injektionen in die Tiefe der Orbita nicht allzu viel Gebrauch gemacht zu werden; mir ist durch die Güte meiner ophthalmologischen Herren Berater nur eine Arbeit von Löwenstein (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1908) aus der Prager Augenklinik (Prof. Elschnig) bekannt geworden; dort wurden $^1/_2$%ige und 1%ige Kokainlösungen in Mengen bis zu 2 bzw. 1 ccm in die Nähe des Ganglion ciliare eingespritzt und damit eine ganze Reihe von Enukleationen und Exenterationen unter völliger Anästhesie ausgeführt.

2) Über die Anwendbarkeit der Lokalanästhesie im Kindesalter.

Es ist bekannt, daß Kinder für eine ausgedehntere Anwendung der Lokalanästhesie weniger geeignet sind. Sie besitzen nicht genug Selbstbeherrschung und werden zu unruhig. Freilich gibt es Ausnahmen genug; ich habe u. a. eine osteoplastische Schädelresektion bei einem Knaben unter dieser Anästhesie gut ausführen können. Eine ganze Anzahl von Operationen aber lassen sich auch bei unruhigen Kindern in Lokalanästhesie durchführen; ich erwähne namentlich die Empyemoperation, bei welcher mir die Entbehrlichkeit der Narkose besonders wertvoll erscheint. Weniger bekannt dürfte es sein, daß sich Säuglinge relativ besser dafür eignen, wenn man nämlich so verfährt, daß man dem Kinde die gewohnte Flasche vor der Operation vorenthält, so daß es hungrig auf den Operationstisch kommt. Gibt man ihm dann zu Beginn der Operation die Flasche, so trinkt es gierig und kümmert sich um alles Andere gar nicht. Nun dauert freilich bei einem hungrigen Baby das Austrinken einer Flasche nicht sehr lange, aber das Kind hat sich dann einigermaßen an die Situation gewöhnt, und das Wohlbehagen der Sättigung trägt auch dazu bei, um es noch eine Weile in Ruhe zu halten. Auch die lokale Anämie ist für manche Säuglingsoperationen wertvoll; so bei der Hasenscharte. Wenn es noch bis in die jüngste Zeit Anhänger der Chloroformnarkose bei dieser Operation gegeben hat, so möge diesen zu ihrer Bekehrung ein Versuch mit der Lokalanästhesie empfohlen sein.

II.

Frauenhaar als Material für die Gefäßnaht.

Von

Dr. med. S. Sofoteroff in Tomsk.

Bei unseren Experimenten der Gefäßnaht (i. J. 1909) gebrauchten wir häufig und mit Erfolg Frauenhaar als Nahtmaterial.

Das Haar (Durchmesser 0,06—0,07), welches für fortlaufende oder für Knopfnaht benutzt wurde, hielt, bei unseren Versuchen an Leichen, den Druck im Innern der Gefäßlichtung sehr gut aus (185—190 mm Hg). (Zentralblatt für Chirurgie 1911. Nr. 4.)

Diese Versuche zeigten uns, daß die Naht mittels Haar, indem sie solchen

Druck aushielt, das Durchsickern der Flüssigkeit durch die Wunde völlig verhindert. Das Durchsickern beginnt nur bei bei noch größerem Drucke, und zwar zwischen den Nähten, obgleich dieselben in einer Entfernung von 1—2 mm voneinander liegen. Aber ein Zerreißen der Naht erfolgt, ungeachtet der Höhe des Druckes, nicht. Folglich braucht das Material für die Gefäßnaht, zwar seinen Hauptzweck — die Wundränder des Gefäßes zu vereinigen — erfüllend, doch nicht all denjenigen physischen Forderungen zu entsprechen, die an das Nahtmaterial in der Chirurgie überhaupt gestellt werden. Es muß so stark sein, daß es die Wundränder in Berührung erhält und sich unter der Kraft der sich zusammenziehenden Wand nicht ausdehnt. Die Elastizität der letzteren besorgt die Aufgabe, Widerstand zu leisten gegen den Druck im Innern des Gefäßes, um so mehr, als die Verletzung des elastischen Aufbaues bei Längs- und unbedeutenden Querwunden nur sehr gering ist. Als wir das Haar auch bei Versuchen an Tieren verwandten, fanden wir Bestätigung unserer Leichenexperimente.

Das Haar wurde nach mechanischer Reinigung mittels Wasser und Seife, von uns in der ersten Zeit mit Alkohol und Äther bearbeitet. Aber weitere Beobachtungen zeigten uns, daß das Haar infolge solcher Bearbeitung leichter reißt. Deshalb kochten wir es später nach dem Waschen in Sodalösung und bewahrten es in Paraffinvaselin auf, aus dem wir es direkt zur Benutzung entnahmen. Am besten ist es, das Haar vor dem Auskochen in eine Nadel zu fädeln (wir gebrauchen Nadeln für Perlenstickerei Diam. 0,35) und vor dem Gebrauch mit der Nadel durch mehrere Schichten von Gaze zu ziehen, zwecks Entfernung des Paraffins. Solches Haar knotet sich nicht, klebt nicht an den Händen und läßt sich sehr leicht binden. Die bakteriologischen Untersuchungen des gereinigten Haares waren äußerst günstig. Das Haar reizt die Gewebe nicht und erfüllt seine Bestimmung sehr gut. Der nach unseren Experimenten (i. J. 1909) erschienene Hinweis Guthries (Zentralblatt für Chirurgie 1910 Nr. 30) über Anwendung von Haar bei Gefäßnaht bestätigt unsere Ansicht betreffs desselben, daß es vollständig zufriedenstellendes Material ist; seiner Feinheit wegen sogar besser als Seide und Zwirnfäden.

III.

Über eine Methode, das exzidierte Rektum durch andere Darmteile mit Vermeidung der Gangrängefahr zu ersetzen.

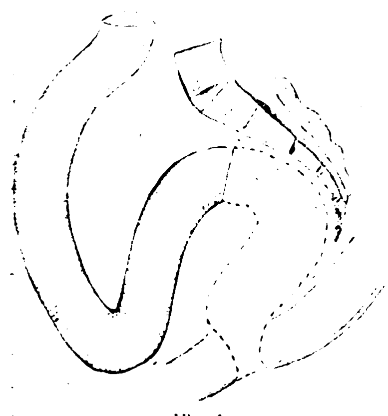
Von

Prof. Ali Krogius in Helsingfors.

Die Wiederherstellung der Darmpassage durch den Sphincter ani müssen wir ja bei der Operation aller in der Ampulle bzw. höher oben gelegenen Mastdarmkarzinome möglichst anstreben, um den Pat. die Unannehmlichkeiten eines Anus praeternaturalis zu ersparen. Indessen ist diese Aufgabe, wie sogar von den allerkompetentesten Autoren anerkannt wird, wegen der Gefahr der Gangrän des herabgezogenen Darmabschnitts eine sehr schwierige bzw. nicht immer zu erfüllende. Auch die neuesten Untersuchungen über die Gefäßversorgung des unteren

Teiles des Dickdarmes (Sudek[1] Manasse[2], Rubesch[3]) haben diese Gefahr nur näher präzisieren können, ohne uns ein Mittel zu geben, dieselbe in allen Fällen sicher zu vermeiden. Wenigstens bleibt bei den auf dorsalem Wege vorgenommenen Operationen die alte Unsicherheit bestehen: es muß mehr oder weniger dem Zufalle überlassen werden, ob der mobilisierte und herabgezogene Darmabschnitt am Leben bleiben oder der Gangrän verfallen wird. Nur durch Laparotomie kann, wie zuletzt Rubesch ausdrücklich hervorhebt, die Unterbindung der Art. haemorrhoidalis sup. an richtiger Stelle mit Sicherheit erfolgen.

Ein gutes Mittel, die genannte Gangrängefahr auch bei dorsalen Rektumoperationen zu vermeiden, glaube ich bei einer von mir neulich wegen eines Ampullenkarzinoms ausgeführten Rektumexzision gefunden zu haben. Ich hatte, nach der coccygealen Methode Kocher's, das Rektum abgelöst und wollte, nach Eröffnung des Peritoneums, den Darm so weit mobilisieren, daß ich die Darmpassage durch die intakte Analportion wieder herstellen konnte. Wegen Kürze und Straffheit des Mesocolon pelvinum war aber die weitere Ablösung des Darmes mit außergewöhnlichen Schwierigkeiten verbunden. Ich glaubte schon von meiner Absicht abstehen und mich zur Anlegung eines Anus praeternaturalis entschließen



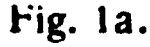


Fig. 1a.

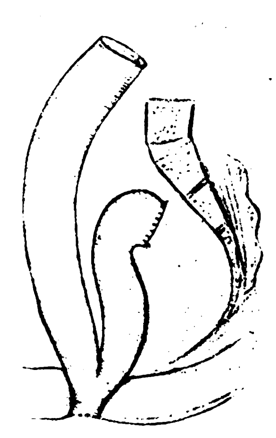


Fig. 1b.

zu müssen, wollte mich aber doch vorerst nach Einführung der Hand durch den Peritonealschlitz über die Anheftungsverhältnisse des unteren Kolon näher orientieren. Da stieß ich auf eine sehr lange und bewegliche Colon sigmoideum-Schlinge, die ich durch die Wunde hervorholte. Ich überzeugte mich, daß dieselbe ohne die geringste Spannung bis weit unterhalb der Analöffnung herabgezogen werden konnte und beschloß die ganze Schlinge zum Ersatze des Rektum zu verwenden. Ich stand daher von weiterer Ablösung des Colon pelvinum ab und schnitt diesen Darmteil zwischen zwei Ligaturen durch. Das obere Ende stülpte ich durch einige breit fassende serosöse Suturen in das Lumen ein, was ohne

[1] Sudek, Über die Gefäßversorgung des Mastdarmes in Hinsicht auf die operative Gangrän. Münchener med. Wochenschrift 1907. Nr. 27.

[2] Manasse, Die arterielle Gefäßversorgung des S romanum in ihrer Bedeutung für die operative Verlagerung desselben. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1907. II. p. 460.

[3] Rubesch, Über die Vermeidung der Darmgangrän bei Rektumoperationen. Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910. Bd. LXVII. p. 480.

Schwierigkeit gelang. Dann löste ich das Rektum nach unten bis zur Analportion vollständig aus und trug es oberhalb der letzteren ab. Nach Exzision der Analschleimhaut führte ich schließlich die Kuppe der Colon sigmoideum-Schlinge durch die Analöffnung heraus und befestigte sie mit einigen Nähten an die Analhaut. (Die ganze Prozedur wird durch die Fig. 1a und b, näher veranschaulicht.) Sodann Versorgung der Wunde in gewöhnlicher Weise und Spaltung des Darmes im Bereich der Analöffnung.

Der Verlauf nach der Operation war ein sehr günstiger. Die Wundhöhle schloß sich ungewöhnlich schnell, und die Defäkationen gingen durch den kontinenten Anus gut von statten.

Durch das beschriebene Verfahren muß ja, da das Mesenterium des herabgezogenen Darmes ganz unversehrt gelassen wird, die Gangrängefahr mit absoluter Sicherheit vermieden werden. Außerdem gestaltet sich die Operation viel einfacher und bequemer als bei der bis jetzt gebräuchlichen, weit hinaufreichenden Ablösung des Darmes; und die Heilungsverhältnisse der Wundhöhle scheinen durch das Herabholen der großen Peritonealflächen sehr günstig beeinflußt zu werden.

Vom theoretischen Standpunkt aus könnte man zwar befürchten, daß der blind geschlossene Darmschenkel zu Störungen Veranlassung geben könnte, wenn sich Darminhalt in denselben verirren sollte. In dem oben beschriebenen Falle fand ich bei der Untersuchung den blinden Darmschenkel immer leer und zusammengefallen; doch muß ich natürlich weitere Erfahrungen abwarten, um über diesen Punkt ein abschließendes Urteil aussprechen zu können. Jedenfalls glaube ich, daß eine wirkliche Gefahr aus dem hier berührten Umstande kaum entstehen könnte, wenn nur die Einstülpung des blinden Endes sorgfältig ausgeführt worden ist.

Es entsteht weiter die Frage, ob die Colon sigmoideum-Schlinge auch für gewöhnlich genügend lang ist, um ohne Spannung durch die Analöffnung ausgezogen werden zu können. In dieser Hinsicht haben auf meine Bitte hin die Herren Professoren E. A. Homén und A. Wallgren im hiesigen pathologischen Institut freundlichst Beobachtungen angestellt, die sich indes bis jetzt nur über 22 Sektionsfälle erstrecken. Auf diese Fälle nun kommen 19, wo das Colon sigmoideum die genügende Länge besaß, wogegen in 3 Fällen infolge von mesenteritischen Schrumpfungsprozessen die Schlinge so kurz war, daß ein Herausziehen derselben durch die Analöffnung unmöglich gewesen wäre. Jedenfalls geht aus dieser Beobachtungsreihe hervor, daß für die hier beschriebene Methode der Herabholung des Darmes in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die anatomischen Voraussetzungen vorliegen.

Auf Grund des Obenstehenden möchte ich also für die Operation der im mittleren bzw. oberen Abschnitte des Rektum gelegenen Karzinome folgendes Verfahren empfehlen: Man legt das Rektum nach einer der gebräuchlichen dorsalen Methoden frei und löst es von der Analportion bis zum Colon pelvinum aus seiner Umgebung heraus. Dann holt man, nach Einführung der Hand durch den Peritonealschlitz, das Colon sigmoideum aus der Bauchhöhle hervor und prüft, ob ihre Schlinge genügend lang ist, um ohne Spannung bis unterhalb der Analöffnung herabgezogen werden zu können. Wenn dies der Fall ist, steht man von weiterer Ablösung des Darmes ab. Das ganze Rektum mit Ausnahme der Analportion wird exzidiert. Der Colon pelvinum-Stumpf wird blind geschlossen und die Kuppe der Colon sigmoideum-Schlinge wird mit der Analportion

anastomosiert. Dies kann nach verschiedenen Methoden geschehen. Am besten scheint es mir, die Schleimhaut der Analportion abzutragen und die Darmschlinge durch die Analportion hervorzuziehen, um sie dann, nach Annähung an die Hautränder, zu öffnen.

Auch bei höher oben gelegenen Karzinomen, die nach der »kombinierten« Methode operiert werden müssen, dürfte die Herabholung der Colon sigmoideum-Schlinge in toto zur Wiederherstellung der natürlichen Darmpassage, wenigstens in gewissen Fällen, anwendbar sein, wenngleich es in solchen Fällen auch möglich ist, den Darm vom Bauchschnitte aus nach methodischer Unterbindung der Mesenterialgefäße abzulösen und sein unteres Ende ohne Gangrängefahr zur Analöffnung herauszuführen.

Was schließlich die Fälle betrifft, wo das Colon sigmoideum wegen Schrumpfung seines Mesenterium oder aus irgendeinem anderen Grunde zur Ersetzung des exzidierten Rektum nicht angewandt werden kann, muß wohl in der Regel der Anus praeternaturalis ihr trauriges Los werden. Doch könnte man auch in solchen Fällen, wenn die Verhältnisse sonst günstig lägen, an eine Wiederherstellung der Darmpassage durch den Anus denken, und zwar durch Benutzung einer Dünndarmschlinge, welche man, um ihre Lebensfähigkeit zu sichern, ganz in derselben Weise wie ich es oben für das Colon sigmoideum angegeben habe, im Zusammenhange mit ihrem unversehrten Mesenterium belassen könnte. Des näheren habe ich mir die Sache in folgender Weise gedacht: Man würde von der eröffneten Bauchhöhle aus eine untere Dünndarmschlinge aufsuchen, die sich ohne Spannung durch die Analöffnung herausführen ließe. Diese Schlinge würde man ausschalten und die Dünndarmpassage durch Vereinigung der oberen Darmenden wieder herstellen. An der ausgeschalteten Schlinge würde dann das eine Ende blind geschlossen, das andere Ende mit dem unteren Colon anastomosiert werden; die Kuppe der Schlinge würde in die Analportion einzufügen und hier zu öffnen sein. In dieser Weise ließe sich ein Verbindungsglied zwischen Colon und Analöffnung auch bei Verlust des ganzen Rektum und Colon sigmoideum in verhältnismäßig einfacher und ungefährlicher Weise herstellen. Die Fig. 2 veranschaulicht in schematischer Weise diese Operation, die ich bis jetzt nicht am Lebenden ausgeführt habe und deshalb in diesem Zusammenhange nur kurz andeuten wollte.

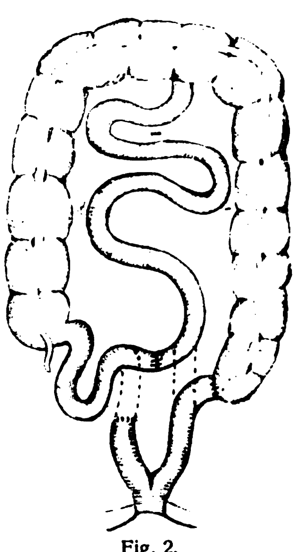


Fig. 2.

---

1) P. J. Koslowski. Ein Fall von Allgemeininfektion des Menschen mit Bacillus pyocyaneus. (Russki Wratsch 1911. Nr. 8.)

Der 35jährige Pat. erkrankte vor 4 Tagen: Fieber, Erbrechen und Durchfall. Leichter Ikterus; Leber 3 Finger unter dem Rippenbogen. Weiter trat ein papulopustulöses hämorrhagisches Exanthem am ganzen Körper und an der Mundschleimhaut auf; dann bildeten sich Abszesse an verschiedenen Stellen. Nach 2 Wochen Abschuppung der Haut, Pneumonieherde in beiden Lungen; nach

3—4 Wochen begann Besserung. Der Eiter war nicht charakteristisch: dünn und schokoladefarbig, oder dick und weiß; der Verband war grünlichgelb gefärbt. Nach 5 Monaten gesund. — Kulturen aus dem Blut und aus dem Papelsaft blieben steril; aus dem Eiter und Harn entwickelten sich Pyocyaneuskulturen (β nach Ernst), schwach virulent für den Menschen, virulent für Kaninchen, nicht virulent für Meerschweinchen.

Nach K. ist in diesem Falle die Infektion vom Darm aus erfolgt. — $2^1/_2$ Jahre später starb Pat. an fibrinöser Pneumonie. Die der Leiche entnommenen Organe und das Blut enthielten keine Mikroorganismen. Gückel (Kirssanow).

2) **F. Lofaro. La presenza del gonococco nel sangue circolante dei blenorragici.** (Policlinico, sez. chir. XVIII. 2. 1911.)

Nach einer ausführlichen Übersicht über die bisherigen Arbeiten auf dem Gebiete der Gonokokkenforschung berichtet L. über seine eigenen Untersuchungen zur Feststellung der Gonokokken im kreisenden Blut. 10 ccm Blut wurden aus der Armvene entnommen und nach den Angaben Lautier's und Wertheim's auf Ascitesagar gebracht. 67 Fälle ergaben in 58,2% ein positives Resultat. Negative Ergebnisse fanden sich in 8 Fällen akuter unkomplizierter Urethritis und in 8 Fällen chronischer unkomplizierter Urethritis. Bei gleichzeitiger Striktur fanden sich stets Gonokokken im Blut, bei gleichzeitiger Epididymitis in 73% der Fälle; die negativen Resultate wurden hier bei noch frischen Fällen gefunden.

Diese Häufigkeit der Gonokokken im Blute steht im Widerspruch mit der Seltenheit der gonorrhoischen Erkrankungen. L. sucht diesen Widerspruch in der Weise zu erklären, daß er darauf hinweist, daß sehr viele gonorrhoische Metastasen nicht als solche, sondern als gewöhnliche Eiterungen betrachtet werden, zumal der Gonokokkus im Blute seine Virulenz verliert und sie erst infolge besonderer Momente (Exzesse in venere et baccho, Trauma) wieder gewinnt. In diesem Zusammenhange führt Verf. auch manche Eiterungen bei aseptischen Operationen auf latent im Blute kreisende Gonokokken zurück.

Der Übertritt der Gonokokken ins Blut kommt nur bei tiefer greifenden urethritischen Prozessen zustande, bei denen eine große Reihe von Lymphbahnen eröffnet werden und die Lymphwege so stark mit Gonokokken überschwemmt werden, daß die lymphatischen Apparate die Kokken nicht genügend zurückhalten können. M. Strauss (Nürnberg).

3) **K. Fritsch. Über Gelenkerkrankungen bei Scharlach und Masern.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 1.)

Die aus der Küttner'schen Klinik stammende Arbeit ist im wesentlichen eine literarische Studie. Eingeflochten sind darin zwei kurze Krankengeschichten von Kontrakturen nach skarlatinösen Gelenkentzüundungen und eine schon früher von Küttner mitgeteilte Krankengeschichte eines Falles, bei dem nach Masern mit Sicherheit eine Myelitis und Myositis, mit Wahrscheinlichkeit auch eine Gelenkentzündung aufgetreten war; dieser Fall ist also nicht ganz sicher.

Verf. bespricht besonders die Scharlachgelenkerkrankungen und kommt zu folgenden Anschauungen. Er unterscheidet streng eine Arthritis scarlatinosa serosa und purulenta. Die erstere kann wieder in zwei Formen auftreten: 1) als eine leichte Entzündung der Synovialis ohne oder mit geringem, bald wieder verschwindendem serösen Erguß. 2) Als Entzündung mit reichlichem, eventuell chronisch werdendem serösen Erguß. Diese beiden niemals eitrigen Formen der

rein skarlatinösen Gelenkentzündung werden hervorgerufen durch den unbekannten Scharlacherreger und heilen in der Regel spontan aus. Sie kommen deshalb nur in den seltenen Fällen in Behandlung des Chirurgen, in denen sie wegen mangelnder Therapie zu Kontrakturen oder Verrenkungen geführt haben. — Anders die eitrige skarlatinöse Gelenkentzündung; sie ist eine Mischinfektion mit Streptokokken auf der Basis einer durch den Scharlacherreger geschädigten Gelenksynovialis. Diese Form gehört allein dem Chirurgen, da die Therapie sowohl des Leidens selbst wie seiner Folgen (Spontanverrenkungen und Kontrakturen) eine rein chirurgische ist.

Für Gelenkerkrankungen bei und nach Masern kann Verf. nur vier Beispiele aus der Literatur beibringen.

Literaturverzeichnis. H. Kolaczek (Tübingen).

---

4) **J. A. Edelmann.** Über Extremitätengangrän bei Flecktyphus. (Russki Wratsch 1911. Nr. 9 u. 10.)

Diese Komplikation kommt heutzutage sehr selten vor und hat nach Curschmann nur noch historisches Interesse. Im israelitischen Krankenhause zu Kiew wurden 1895—1909 693 Fälle von Flecktyphus behandelt, die meisten davon während der letzten 2 Jahre. 1909 kamen rasch hintereinander zwei Fälle von Gangrän des linken Fußes und Unterschenkels vor: 18jähriger Mann, 33jährige Frau, beide mit sehr schwacher Herztätigkeit. E. nimmt hier Embolie an. Amputation des Oberschenkels in beiden Fällen. Die Arterien erwiesen sich thrombosiert. In einem dritten Falle — 22jähriger Mann — traten ebenfalls plötzlich Schmerzen im rechten Fuß auf; der Fuß wurde blaß, kühl, der Puls in der Poplitea und Tibialis postica verschwand, die Sensibilität ging verloren. Doch bildeten sich diese Erscheinungen wieder zurück, und es kam nicht zur Gangrän. E. glaubt, daß aus solchen vorübergehenden Embolien mit der Zeit Gangraena praesenilis entstehen kann. — Die Embolie trat in den beschriebenen Fällen 13, 18 bzw. 22 Tage nach Beginn des Typhus auf.

(Ref., der in einem von Flecktyphus sehr heimgesuchten Bezirk arbeitet, sah während der letzten $2^1/_2$ Jahre unter etwa 1000 Typhuskranken viermal Extremitätengangrän: Ein Pat. — Fuß und Unterschenkel — starb unoperiert zu Hause; zweimal — Männer von 21 und 36 Jahren — Gangrän des rechten Fußes bis über die Malleolen bzw. bis zum Talus — Unterschenkelamputation, Heilung. Der letzte Fall — 17jähriges Mädchen mit Gangrän der Endphalangen aller 10 Zehen — befindet sich noch in Behandlung. Alle vier überstanden den Typhus zu Hause bei schlechtester — nicht ärztlicher — Behandlung.)

Gückel (Kirssanow).

---

5) **Melchior.** Über einen autoptisch verifizierten Fall von tuberkulösem Gelenkrheumatismus. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

Über den tuberkulösen Gelenkrheumatismus gehen die Ansichten noch stark auseinander; während die Einen jede bei einem Tuberkulösen auftretende Gelenkschwellung, die ähnlich einem akuten Gelenkrheumatismus verläuft, für tuberkulöser Natur erachten, lehnen Andere das ganz ab und erblicken darin nur eine Mischinfektion durch die bei Phthise so häufig in den Respirationsorganen sich vorfindenden Streptokokken, Colibazillen und Staphylokokken. M. findet in der Literatur nur vier Fälle, in denen zweifellos Tuberkulose in dem anscheinend

nur rheumatisch erkrankten Gelenke nachgewiesen werden konnte, und fügt ihnen einen neuen Fall hinzu. Ein junges Mädchen, schwer tuberkulös belastet, das als Kind eine Drüsentuberkulose durchgemacht hat, erkrankte 12 Tage nach Exartikulation des tuberkulösen Unterkiefers unter Auftreten eines mäßigen Fiebers an akuten Schwellungen mehrerer Gelenke. Tuberkelbazillen lassen sich im Blute, nicht aber in der durch Punktion gewonnenen Synovia nachweisen. Die Gelenkerscheinungen bleiben unter schubweisem Wechsel ca. 3 Monate bestehen und verschwinden dann spontan bis auf eine leichte Verdickung des linken Kniegelenks. Der Tod erfolgte an Amyloidose. Bei der Sektion finden sich in allen vorher erkrankten Gelenken Tuberkelknötchen in der Synovialis, bei einem makroskopisch normalen Aussehen des Ellbogengelenks, leicht fungösen des Tibiotarsalgelenks und stärkeren des Kniegelenks. Soweit man sich über die weitere Gestaltung der Gelenkprozesse vermutungsweise äußern kann, läßt sich annehmen, daß sich im linken Kniegelenk der in seinen Anfängen bereits bestehende Fungus auch klinisch weiter entwickelt haben würde, während in den übrigen Gelenken, in denen die klinischen Erscheinungen bereits verschwunden waren, auch auf eine anatomische Heilung gerechnet werden konnte. Haeckel (Stettin).

---

6) N. M. Multanowski. Über die Bedeutung des Trauma in der Entstehung von tuberkulösen Affektionen. (Vorläufige Mitteilung.) (Russki Wratsch 1911. Nr. 10.)

20 Experimente am Kaninchen: Schlag mit einem 500 g-Gewicht gegen die Muskeln des Oberschenkels, sofort danach Injektion von Tuberkelbazillenemulsion in die Ohrvene. Nach einigen Tagen — bis 4 Wochen — Sektion. Bei allen fanden sich die Lungen affiziert, in den anderen inneren Organen nur in einigen Fällen einzelne Herde. 13 Kaninchen wiesen typische Tuberkel im traumatisierten Muskel auf, mit Koch'schen Bazillen im nekrotischen Zentrum. Die Tuberkel entstehen im äußeren und inneren Perimysium; in letzterem Falle werden die benachbarten Muskelfasern auseinander gedrängt und erleiden atrophische Veränderungen; aktiven Anteil am entzündlichen Prozeß nehmen sie nicht. In den Muskeln des anderen, nicht traumatisierten Oberschenkels fanden sich keine Abweichungen von der Norm.

Die Experimente beweisen die wichtige Bedeutung des Trauma, sowie die Irrigkeit der Anschauung (Virchow, Rokitansky) von der spezifischen Standhaftigkeit der quergestreiften Muskeln gegen Tuberkulose.

Gückel (Kirssanow).

---

7) A. Ugolini. Le iniezioni di iodio nella cura della tubercolosi delle ossa. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 9. 1911.)

39jährige Frau litt seit 3 Jahren an tuberkulöser Kniegelenksentzündung. Durch 6monatige Bettruhe und 120 subkutanen Jodeinspritzungen nach Durante wurde vollkommene Heilung mit guter Funktion erzielt. Die Injektionen wurden zuerst täglich gemacht. Während der Behandlung bildete sich ein großer Abszeß, aus dem sich ein größerer Sequester ausstieß.

M. Strauss (Nürnberg).

---

8) **A. J. Sternberg. Über das Verhalten entzündlicher Hautaffektionen gegenüber dem Tuberkulin.** (Neues in der Medizin 1911. Nr. 3. [Russisch.])

Macht man die v. Pirquet'sche Probe am Tuberkulösen an solchen Stellen, wo die Haut entzündliche Gebilde nicht tuberkulöser Natur aufweist (z. B. Akne, Furunkel, Herpes zoster usw.), so fällt sie negativ aus. Vorbedingung ist Exsudation in die Haut. Ist aber das Gebilde tukerkulöser Natur, so gibt dieselbe Probe Herdreaktion, d. h. Verstärkung der entzündlichen Erscheinungen. Diese Erscheinung ist wichtig für die differentielle Diagnose.

Gückel (Kirssanow).

---

9) **Bayreuther. Untersuchungen über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf Eitererreger des Pferdes.** (Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 5.)

Nach genauem Eingehen auf die bisher erschienene Literatur berichtet Verf. über eine große Anzahl von Versuchen, die er selbst ausgeführt hat. Er bringt vier Versuchsreihen.

Die Versuche der ersten Versuchsreihe sollten feststellen, ob es mit dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium gelingt, Bakterien nachweisbar zu schädigen.

Die zweite Versuchsreihe sollte zur Klärung der Frage beitragen, ob und inwieweit hinsichtlich der Beeinflussung des Wachstums der Erreger durch die Röntgenstrahlen etwa Nebenwirkungen, wie eine Veränderung des Nährbodens infolge der Bestrahlungen oder von der Oberfläche der Röhre ausgehende elektrische Entladungen zu berücksichtigen sind.

Eine dritte Versuchsreihe diente zur Ermittlung der eben schädigenden und der tödlichen Strahlendosis.

Eine vierte Reihe sollte das Verhalten röntgenisierter Bakterienstämme im Tierkörper prüfen.

B.'s Resultate sind in folgender Zusammenfassung wiedergegeben:

1) Entgegen der bisher von der Mehrzahl der Forscher vertretenen Ansicht gelingt es, mit Röhren mittlerer Härte in einem auch sonst für Bestrahlungen üblichen Antikathodenabstand durch therapeutisch zulässige Röntgenstrahlendosen bei dem Staphylokokkus pyogenes aureus, Staphlokokkus pyogenes albus, Bacillus pyocyaneus und Bothryokokkus ascoformans eine in vitro nachweisbar schwache Wachstumshemmung zu erzielen.

2) Für den Streptokokkus pyogenes, Streptokokkus equi, Diplokokkus Schütz gelingt dieser Nachweis erst für Strahlenmengen, die über 6 E.D. liegen.

3) Ob durch geringe Strahlendosen die Virulenz der Bakterien beeinflußt werden kann, hat sich nicht klar erweisen lassen. Die Resultate der Tierversuche sprechen nicht dagegen, haben aber gezeigt, daß absolut tödliche Dosen der Erreger von ihrer tötenden Kraft durch Bestrahlung nichts einbüßen.

4) Eine völlige Abtötung der Bakterien ist durch Röntgenstrahlenmengen bis zu 14 E.D. nicht zu erreichen.

5) Zwischen Bestrahlung und Höhepunkt der Wirkung hat sich nicht, wie bei tierischen Zellen, eine wahrnehmbare Latenzzeit nachweisen lassen.

6) Dicht an der Röhre wirken auch die elektrischen Entladungen, vielleicht auch die sekundären Röntgenstrahlen bakterizid. Sie vermögen aber niemals ein scharfes Bild der Bleiabdeckung zu erzeugen.

7) Das Fluoreszenzlicht hat keine Wirkung.

Ob die vom Verf. nachgewiesenen Schädigungen einiger Bakterien durch therapeutisch zulässige Röntgenstrahlenmengen eine praktische Bedeutung beanspruchen können, läßt Verf. dahingestellt.

Bei Berücksichtigung aller Faktoren läßt sich doch vielleicht die bisherige Ansicht von der völligen antibakteriellen Wirkungslosigkeit therapeutischer Strahlendosen dahin ändern, daß die günstige Beeinflussung einiger infektiöser Prozesse neben der reaktiven Gewebswirkung auch zu einem Teil direkt den antibakteriellen Wirkungen der Röntgenstrahlen zuzuschreiben ist.

Gaugele (Zwickau).

---

10) **Brauer** (Kiel). **Das Röntgenprimärerythem.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 12.)

Nach den Untersuchungen, die vom Verf. in der Kieler dermatologischen Klinik ausgeführt wurden, ist das Röntgenprimärerythem eine direkte Reaktion der Röntgenstrahlen, die unabhängig von der Bauart der Röntgenröhre und unabhängig von der Qualität der Bestrahlung ist. Eine besondere individuelle Disposition für das Primärerythem konnte B. nicht feststellen, wohl aber begünstigt ein leicht irritierbares Gefäßsystem das Auftreten dieser Reaktion. Für die Entstehung des Erythems ist lediglich die Quantität der applizierten Röntgenstrahlen entscheidend, und die Intensität steigt proportional mit der Quantität der Röntgenstrahlen.

Der Pigmentgehalt der Haut ist auf die Entstehung und Stärke des Erythems ohne Einfluß. Die Röntgenfrühpigmentationen entstehen zum Teil sekundär im Anschluß an intensive Primärerytheme, zum Teil aber auch, und zwar bei stärker pigmentierten Personen, primär durch Einwirkung auf das Pigmentgewebe selbst.

Deutschländer (Hamburg).

---

11) **Faber. Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Sexualorgane von Tier und Mensch.** (Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 5 u. 6.)

Verf. will in vorliegender Arbeit ein Referat speziell als Literaturorientierung für Forscher auf diesem Gebiete geben; sie soll in kurzen Abrissen möglichst sämtlicher Arbeiten auch den Weg erkennen lassen, den die Forschung ging.

Diesen Zweck hat Verf. in seinen beiden Arbeiten sicher erreicht; die Literatur ist in eingehendster Weise berücksichtigt und in klarer, übersichtlicher Weise zusammengestellt; sie wird jedem Arbeiter auf diesem Gebiete willkommen sein.

Gaugele (Zwickau).

---

12) **Charles J. Morton. Radium in cancer.** (Brit. med. journ. 1911. Februar 25.)

Bei seinen Radiumbestrahlungen verwendet M. Metall oder Leinen, das mit Radiumsulfat bestrichen ist. Eingeschaltete Filter dosieren die Bestrahlungsmenge. Am besten werden die Ergebnisse bei Anwendung von 2,5 mg Radium auf 1 qm zu bestrahlender Fläche Metall oder Leinen. Am günstigsten werden die langsam wachsenden Krebse beeinflußt. M.'s Gesamturteil geht dahin, daß der Hauptwert des Radium beim Krebs in der Unterstützung unserer übrigen Mittel, nicht in ihrem Ausschluß besteht. Tritt die Besserung nicht in den ersten 3 bis 4 Tagen ein, so ist die weitere Radiumbehandlung zwecklos. Ein anderes Ent-

scheidungsmittel darüber, ob die Bestrahlung nützlich sein wird oder nicht, gibt es nicht. M. führt einige stark gebesserte Fälle an. Weber (Dresden).

---

13) W. A. Oppel. Zur Frage von der Wiederherstellung der Blutzirkulation in den Extremitäten. (Russki Wratsch 1911. Nr. 5.)

In einer 1910 erschienenen, in diesem Blatte (Nr. 33, p. 1078) referierten Arbeit schrieb O. über die Bedeutung der Venen für die Wiederherstellung des kollateralen Kreislaufs in den Extremitäten. Er hat die Frage experimentell weiter studiert. Bei der Spontangangrän der Extremitäten ist der Zufluß herabgesetzt, der Abfluß normal. Nach Analogie mit einer Badewanne, wo mehr ab- als zufließt, muß Blutleere eintreten, und in der Tat verstärkt das Hochheben der kranken Extremität die Schmerzen, während das Senken dieselben mildert. Darauf schloß O., daß die Unterbindung der V. poplitea bei beginnender Spontangangrän in manchen Fällen von Nutzen sein könne. Er führte diese Operation an zwei Kranken aus. 1) 28jähriger Arzt, vor einem Jahre Amputation des rechten Oberschenkels wegen Gangrän des Fußes. Jetzt Gangrän von vier Zehen links, starke Schmerzen im Fuß, besonders in der Ferse. Nach der Unterbindung der V. poplitea schwanden die Schmerzen, Brennen trat auf für einen Tag, nach 2 Tagen arterielle Hyperämie an der Grenze der Gangrän, die nach einigen Tagen wieder verschwand. Dann kehrten auch die Schmerzen wieder, doch nur in den Zehen; die Gangrän ging weiter und zwang zur Amputation. 2) 35jähriger Mann, Gangrän der rechten großen Zehe, wahrscheinlich nach Paronychie, stärkste Schmerzen im Fuß. Ligatur der V. poplitea, — abends waren die Schmerzen geschwunden, nach 2—3 Tagen wurden die Granulationen frisch, die Wunde rein. Entfernung des nekrotischen Knochens. Die Operation gab also nur vorübergehende Besserung, doch ist sie wichtig als Mittel gegen die oft unerträglichen Schmerzen.

An Hunden und Kaninchen machte O. Versuche mit Unterbindung und Durchschneidung der Bauchaorta allein und zusammen mit der unteren Hohlvene. Nach ersterer Operation trat gewöhnlich Lähmung der hinteren Extremitäten, der Blase und des Mastdarms auf; wurde gleichzeitig auch die Hohlvene durchschnitten, so trat gewöhnlich nur Parese der Extremitäten auf.

O. schlägt vor, eine solche Blutzirkulation, wo der Abfluß künstlich bis zum Grad des verhinderten Zuflusses herabgesetzt worden ist, eine reduzierte (wiederhergestellte) Zirkulation zu nennen. Gückel (Kirssanow).

---

14) Matas. Testing the efficiency of the collateral circulation as a preliminary to the occlusion of the great surgical arteries. (Annals of surgery 1911. Januar.)

M. hält es für notwendig, vor allen Operationen, bei welchen die Unterbindung eines großen Gefäßes in Frage kommt (Aneurysmen, Geschwulstoperation) festzustellen, ob der nach der Unterbindung in Kraft tretende kollaterale Kreislauf genügt. Zu diesem Zwecke empfiehlt er, das betreffende Glied durch eine elastische Binde von der Peripherie an zunächst blutleer zu machen und dann oberhalb der letzten Tour eine Tourniquet mit auf das Hauptgefäß drückendem Knopf anzulegen. Nimmt man jetzt die Esmarch'sche Binde ab, so verschwindet bei normalem Kreislauf innerhalb einiger bei den verschiedenen Menschen verschiedenen Zeit die wachsbleiche Farbe, um einer leicht geröteten Platz zu machen.

An den äußersten Spitzen ist diese Farbe allerdings kaum noch rot, aber niemals wachsbleich. Treten einzelne wachsbleiche, tot aussehende Stellen auf, so ist bei Unterbindung des Gefäßes Gangrän zu befürchten. Diese Versuche der nach Abnahme der elastischen Binde eintretenden Blutwelle stammen von Moschcowitz; sie wurden vor der Amputation gangränöser Glieder angestellt, um ein Urteil über die Höhe der Amputation zu gewinnen.

Es gibt nun Arterien (Carotis, Anonyma, Iliaca usw.), bei welchen das Anlegen des Touriniquets nicht möglich ist. Durch Versuche an Hunden stellte M. fest, daß man ein arterielles größeres Gefäß 3—4 Tage bis zum Ausfallen des Pulses zuschnüren kann, ohne daß eine obliterierende Entzündung der Blutgefäßwände eintritt. Zu dieser temporären Kompression der zuletzt genannten Gefäße benutzte M. zarte Aluminiumklammern, die um die Carotis z. B. herumgelegt und dann nach 1—2 Tagen wieder entfernt wurden. Auf diese Weise kann also auch bei nicht der Kompression zugänglichen Gefäßen festgestellt werden, ob nach ihrer Unterbindung der kollaterale Kreislauf die zu befürchtenden Störungen zu verhindern vermag. Herhold (Brandenburg).

---

15) Matas and Allen. Occlussion of large surgical arteries with removable metallic bands to test the efficiency of the collateral circulation. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 4. 1911.)

Verff. haben an Hunden zahlreiche Versuche in der Weise ausgeführt, daß sie breite Aluminiumbänder um freigelegte große Arterien herumlegten und fest zudrückten, bis die Pulsation im distalen Teil der Arterie aufhörte; nach verschieden langer Zeit entfernten sie das Metallband und untersuchten mikroskopisch die Arterienstelle, wo es gelegen hatte. Wurde das Metallband nach 72 Stunden oder früher entfernt, so strömte das Blut sogleich wie vorher durch das Gefäßrohr; im mikroskopischen Präparat waren Veränderungen der Gefäßwand nicht sichtbar. Vom 4. Tage ab aber zeigten sich Degenerationserscheinungen bis zur Obliteration des Gefäßes.

An einem 62 Jahre alten Pat. mit Kieferkarzinom und allseitig mit der Carotis verwachsenen Drüsenmetastasen konnten Verff. den Wert dieses Verfahrens am Menschen erproben insofern, als dadurch ein Urteil ermöglicht wurde, ob eine Unterbindung dieser Carotis statthaft war oder nicht. $7^1/_2$ Stunden nach dem Verschluß des Gefäßes durch die Klammer entstand Aphasie, Somnolenz und fast vollständige Hemiplegie; deshalb nach weiteren $1^1/_2$ Stunden Entfernung der Klammer mit Verschwinden der Aphasie, Somnolenz und Hemiplegie. Abbildungen der Arterienpräparate und Klammern. W. v. Brunn (Rostock).

---

16) Max Hofmann. Blutstillung durch Hochfrequenzströme. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 1.)

Die als Ersatz für die Unterbindung von Gefäßen bei der Operation empfohlene Torsion, Angiotrypsie und Quetschung mit der Blunk'schen Blutstillungszange haben sich nicht als genügend zuverlässig erwiesen. Verf., Primararzt am städtischen Krankenhaus in Meran, verwendet zu gleichem Zweck Hochfrequenzströme. Der von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall A.-G. in den Handel gebrachte Apparat mit dem Namen »Kaltkauter nach Dr. de Forest« dient eigentlich dem Verschorfen oder auch — z. B. bei der Operation von bösartigen Geschwülsten — dem Durchtrennen von Geweben. Die dabei beobachtete blutstillende Wir-

kung hat den Verf. veranlaßt, den Apparat auch ausschließlich zu diesem Zwecke zu gebrauchen. Er hat dafür eine eigene Elektrode konstruiert, die mit der Foreststromquelle in Verbindung gebracht wird (Abbildung). Der Strom wird in den angehobenen Péan geleitet, der meist sofort abfällt. Die Blutstillung kommt dadurch zustande, daß erstens Intima und Media gegen die Gefäßlichtung sich in Falten legen, zweitens sich sofort ein Gerinnungspfropf bildet, der die schon verengerte Lichtung ganz verschließt. Durch diese neu hinzukommende zweite Wirkung ist der Hochfrequenzstrom der nur mechanisch wirkenden Torsion, Angiotrypsie oder der Blunk'schen Klemme überlegen. Doch soll auch das neue Verfahren, das außerdem eine Zeitersparnis bedeutet, nur auf Gefäße von kleinem Kaliber beschränkt bleiben. H. Kolaczek (Tübingen).

---

17) S. Hadda. Anlegung arterio-venöser Anastomosen bei erhaltenem Blutkreislauf. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

H. ist es zum ersten Male gelungen, Arterie und Vene ohne Unterbrechung des Kreislaufs miteinander zu anastomosieren. Er vermeidet mit seiner Methode die temporäre Abklemmung der Gefäße und die zirkuläre Durchschneidung derselben; auch ist die unmittelbare Vernähung der Anastomosenränder mit durchgreifenden Nähten unnötig, so daß eine Reihe von Maßnahmen vermieden werden, die das Gelingen einer solchen Gefäßanastomose in Frage stellen können. Zur Herstellung der Anastomose wurde ein Instrument benutzt, das dazu eigens angefertigt wurde und das sich im Prinzip an die Anastomosenschere von Eck anlehnt. Die einzelnen Akte der Operation müssen im Original nachgelesen werden, da sie nur an der Hand einer ausführlichen Beschreibung und zahlreicher Abbildungen verständlich sind. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

18) Amberger. Beitrag zur Chirurgie der Gefäße. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 2.)

Mitteilung von zwei Fällen aus dem Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Der erste Fall betraf ein durch Stichverletzung entstandenes Aneurysma der linken Arteria subclavia. Es wurde die zentrale Unterbindung des Gefäßes vorgenommen: voller, durch 2 Jahre hindurch kontrollierter Erfolg; eine noch längere Zeit zurückgebliebene, wohl durch den Druck des Aneurysmas bedingte teilweise Plexuslähmung war nach einem Jahre gleichfalls verschwunden.

In dem zweiten Falle handelte es sich um eine fast vollständige Durchstechung der Arteria femoralis dicht über dem Adduktorenschlitz. Nur eine 3 mm breite Brücke hielt noch die Enden zusammen. Naht des Gefäßrohrs nach der Stich-schen Technik. Heilung. Trotzdem ist der sichere Erfolg der Gefäßnaht, d. h. das Ausbleiben der Thrombose, nicht über jeden Zweifel erhaben, da das Gefäß unterhalb des Abgangs der Art. profunda femoris durchtrennt war und der Puls in den Arterien des Fußes schon vor der Gefäßnaht zu fühlen war.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

19) Curtis and David. Transfusion of blood by a new method, allowing accurate measurement. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 1. 1911.)

Die Verff. haben vermittels einer von ihnen konstruierten Kanüle ein neues Verfahren zur arterio-venösen Bluttransfusion ersonnen, das sich ihnen im Tier-

versuch und einmal an einem Pat. mit schwerer Pellagra aufs beste bewährt hat. Sie konnten damit die Menge des transfundierten Blutes genau bestimmen und die Technik gegenüber dem bisherigen Verfahren bedeutend abkürzen und vereinfachen; ferner soll dadurch die Gefahr, daß der Empfänger den Geber infiziere, bedeutend herabgesetzt sein. W. v. Brunn (Rostock).

---

20) Flebbe. Ein neuer Extensionsapparat „Multiplex“. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 10.)

Beschreibung eines kleinen Apparates aus Bandeisen mit Welle, Zahnrad und Flügelschraube, der es ermöglicht, in vielseitiger Weise bequem eine Extension herzustellen, ohne daß Gewichte usw. verwendet werden. Voraussetzung ist ein Gegenzug, da eine automatische Regulierung nicht möglich ist.

Für die Praxis dürfte sich der Apparat gut eignen. Glimm (Klütz).

---

21) Strochauer. The mobilization of joints by means of the rubber bandage. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 10. 1911.)

Verf. hat die von Momburg empfohlenen Gummizüge zur Mobilisation versteifter Gelenke im Zusammenhang mit Heißluftbehandlung, Massage, Bädern usw. oft angewandt und sehr gute Resultate damit erzielt. Beschreibung der Technik für die einzelnen Gelenke unter Beigabe von Abbildungen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

22) O. v. Frisch. Einige Bemerkungen zur Technik der Sehnennaht. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 4.)

v. F. hat eine Modifikation der bewährten Lange'schen Sehnennaht wiederholt angewendet und empfiehlt sie auf Grund seiner Erfahrungen, weil sie etwas leichter auszuführen ist und sich die Sehne danach nicht in Falten legt. Die Technik wird am besten an der Abbildung des Originals erkannt. Sie ist sehr einfach. Auf diese Weise genähte Sehnen bestehen auch eine stärkere Belastungsprobe. Man kann nach solcher Naht sehr bald mit Bewegungen beginnen, doch ist Verf. dafür, in den ersten Tagen die Sehne in Entspannungsstellung zu fixieren, um nicht Verklebungen der Sehne mit der Umgebung ohnmächtig gegenüber zu stehen, wenn die eigene Kraft des Pat. nicht ausreicht, der genähten Sehne ihr normales Ausmaß der Bewegung wiederzugeben. Verf. zieht seine Naht der sonst auch brauchbaren Dreyer'schen Sehnennaht vor.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

23) N. Beresnegowski. Über angeborene Mißbildungen der Extremitäten. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 8. Beilage.)

Übersicht der Literatur und Beschreibung der Fälle der Klinik in Tomsk. Es wurden beobachtet: Verdoppelung der Endphalanx der zweiten Zehe; doppelter Hallux mit Verdoppelung der einen Endphalanx; Daumen mit drei Phalangen an beiden Händen (Vater mit 6 bzw. 7 Fingern wurde von Gruber beschrieben), — Nichte weist dieselbe Deformität auf. Amniotische Furchen an den Fingern; Fehlen des dritten Fingers; Spaltfuß; Spalthand bis zum Corpus mit Entwicklung aller fünf Finger — an der anderen Extremität Fehlen der distalen Hälfte der

Ulna, nur der Daumen war vollständig entwickelt; Fehlen des Radius auf beiden Seiten; Fehlen des Vorderarms, von dem nur die oberen Epiphysen des Radius und der Ulna vorhanden waren. Von den meisten Fällen sind Röntgenbilder, von einigen auch Photographien gegeben. Gückel (Kirssanow).

---

24) Algyogyi. Ein seltener Fall von Mißbildung einer Oberextremität. (Fortschritte a. d Gebiete der Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 4.)

Es handelt sich um ein 13jähriges Mädchen ohne erbliche Belastung, bei welchem eine angeborene Mißbildung des rechten Armes besteht; es fehlt der Daumen mitsamt dem zugehörigen Mittelhandknochen vollkommen. Der Kleinfinger ist sehr verkümmert und der zugehörige Mittelhandknochen erheblich verkürzt und in seiner unteren Hälfte mit dem benachbarten vierten verschmolzen. Der rechte Arm ist kürzer und schmächtiger als der linke, ebenso das Schulterblatt; zu gleicher Zeit besteht Mißbildung und teilweiser Mangel der Handwurzelknochen, Luxation des rechten Radius am Ellbogengelenk nach hinten.

Gaugele (Zwickau).

---

25) Ebstein. Über angeborene, familiär auftretende Mißbildungen an den Händen. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 4.)

Bei einem 35jährigen Manne fand E., daß der V. Finger der einen Hand nicht an den vierten adduziert werden konnte, er stand nach außen ab; als Ursache ergaben die Röntgenaufnahmen Verschmelung des IV. und V. Metacarpus in fast ihrer ganzen Länge; man müßte also diese Anomalie als »Symmetakarpie« bezeichnen. Bei einem Bruder dieses Mannes fand sich an beiden Händen ein ganz ähnliches Abstehen des kleinen Fingers; die Röntgenaufnahme zeigte, daß an der einen Hand gleichfalls eine Symmetakarpie vorlag, an der anderen waren IV. und V. Metacarpus in der proximalen Hälfte verschmolzen, gingen in der distalen in Y-förmiger Gabelung auseinander. Ein weiterer Bruder, der jung verstorben war, soll nach Angabe der Mutter dasselbe »Abstehen« des V. Fingers gehabt haben.

Ferner beschreibt E. bei einer Mutter und vier Töchtern eine eigentümliche Flughautbildung an den V. Fingern, die zugleich im ersten Interphalangealgelenk gebeugt standen und nicht gestreckt werden konnten. An einigen Zehen bestanden bei einigen dieser Leute ähnliche Verhältnisse. E. hat später, als er darauf achtete, Ähnliches wiederholt bei mehreren Mitgliedern einer Familie gesehen.

Haeckel (Stettin).

---

26) H. Zuppinger. Beitrag zur Mechanik der Luxation der einachsigen Gelenke. v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

Verf. beschäftigt sich in vorliegender Arbeit mit der Mechanik der Verrenkung der Kugel- und Scharniergelenke, mit dem durch dieselbe hervorgerufenen Gesperre, mit der Totlage der Ligamente, der Spannung der Kapselreste, Bänder und dem Einfluß der Muskeln auf diese Spannung. Er nimmt an, daß die passiv und aktiv gespannten Muskeln die ganze Fixation der typischen Verrenkung besorgen, indem sie sowohl die Bänder mit dem verkehrten Moment anspannen als auch den Knochen gegen einen Widerstand anpressen. Besonders an Hand der Unterkieferverrenkung entwickelt er des genaueren seine Anschauungen und

widerrät bei der Einrichtung dieser Verrenkung das Aufwärtsdrücken des Kinns, weil durch diese Bewegung nicht nur das Seitenband heftiger angespannt, sondern auch das Köpfchen gegen sein Lager noch mehr angepreßt wird. Er hält es für das richtigste, die Kiefer noch mehr zu öffnen, indem man das Kinn rückwärts drängt. Dann erst kann der Unterkiefer mit Erfolg abwärts gezogen werden. Während des Zuges nach abwärts wird der Unterkiefer mit Angriff am hintersten Backzahn rückwärts geschoben, bis das Capitulum die Kuppe des Tuberculum und damit die Totlage des Seitenbandes passiert hat.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

27) **Jonas. The operative treatment of simple fractures.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vo. LV. Nr. 21. 1910.)

In 20 Jahren praktischer Erfahrung hat Verf. die verschiedenen Fixationsmittel für Knochennähte durchprobiert. Silberdraht und Eisendraht bricht zu leicht, Bronzealuminiumdraht gibt zu leicht nach, ebenso Silkworm; Chromcatgut reißt leicht; Nägel und Schrauben lockern sich zu leicht; Fixation durch Einführung eines Knochenstückes in die Markhöhle bewährte sich in einem Falle; ein zu demselben Zwecke eingefügter Elfenbeinstab tat ebenfalls seine Schuldigkeit, nur mußte er später wieder entfernt werden, und das war recht schwierig, gerade so wie bei Anwendung der Senn'schen Knochenzwingen; bei Anwendung der Parkhill'schen Knochenklammern war die Infektionsgefahr zu groß; metallene Schienen, direkt durch Schrauben an den Bruchenden befestigt, waren zu starr, bei der geringsten Bewegung glitten die Schrauben an dem einen Bruchstück aus dem Knochen heraus; dagegen haben sich Verf. die silbernen Schienen nach Sick sehr gut bewährt, weil sie nachgiebiger sind als die früher gebrauchten Stahlschienen, die Schrauben werden bei geringen Bewegungen nicht sozusagen aus dem Knochen herausgehebelt, und nach erfolgter Konsolidation ist die Schiene mit den Schrauben sehr leicht zu entfernen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

28) **R. Pürchhauer. Zur Lehre vom Pectoralisdefekt und Schulterhochstand.** Aus der orthopädischen Univ.-Poliklinik in München (Prof. Lange). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 8.)

Es bestand bei dem 12jährigen Mädchen ein angeborener Defekt des Pectoralis major und minor, und zwar fehlte von dem ersteren nur der kostale Teil; das gleichseitige Schulterblatt war abnorm klein und stand hoch, die Wirbel zeigten bei der Röntgenaufnahme keine Abnormität; der untere Schulterblattwinkel war ihnen auffallend genähert. — P. glaubt, daß der Pectoralisdefekt durch lokale Druckwirkung des in Zwangslage in der Gebärmutter stehenden Armes auf die Brustwandmuskulatur entstehe.

Kramer (Glogau).

---

29) **J. Riedinger. Ein Fall von gleichzeitiger Luxation beider Schlüsselbeine.** (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Ein 27jähriger Eisenbahnarbeiter, dessen Brustkorb von beiden Seiten her eine Quetschung erlitten, hatte sich rechts eine Luxatio claviculae praesternalis und links eine Luxatio claviculae supraacromialis zugezogen, die indirekt durch eine Art Hebelwirkung entstanden waren. Der erste Befund, der Verlauf und die Schmerzen in der Gegend des rechten Schulterblattes ließen vermuten, daß hier

---

auch Rippen gebrochen waren, was ebenfalls auf indirektem Wege entstanden war. Hartmann (Kassel).

---

30) Erdman. Fracture of the clavicle. Its diagnosis by transmission of respiratory sounds. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 10. 1911.)

E. gibt als neues diagnostisches Mittel zur Erkennung der Schlüsselbeinbruchs den Pektoralfremitus an. Man tastet symmetrisch die Schlüsselbeine von der medialen zur lateralen Seite hin ab, während der Pat. die bekannten sonoren Worte, Zahlen usw. ausspricht. Man fühlt den Pektoralfremitus zunächst ganz deutlich; besteht nun eine Fraktur, so hört genau von diesem Punkte an die Fühlbarkeit des Fremitus ganz oder doch fast ganz auf. W. v. Brunn (Rostock).

---

31) Coley. Sarcoma of the clavicle; endresults following total excision. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

In der Literatur sind 63 Fälle von operiertem Sarkom des Schlüsselbeins aufzufinden; von diesen sind 5 Fälle über 1 Jahr rezidivfrei geblieben. Über eine Anzahl von Fällen konnte allerdings keine Nachricht erhalten werden. Von 12 durch C. beobachteten Pat. blieben 3 rezidivfrei nach der Operation, die übrigen starben oder bekamen Rezidive. Verf. weist darauf hin, wie wichtig eine frühe Diagnose und eine frühe Operation ist. Die Operation an sich ist nicht gefährlich, wohl aber ist die Gefahr der Rezidive und Metastasen groß. C. hat die operierten Fälle mit gemischten Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus gegen Rezidive nachbehandelt, indem er nach und nach bis zur Dosis von 20 mm kam. Wenn auch die Erfolge bisher sehr gering waren, so glaubt er diese Nachbehandlung gegen Rezidive doch empfehlen zu müssen. Leider ist nicht berichtet, wie diese Behandlung ausgeführt wird. Herhold (Brandenburg).

---

32) Ebstein. Die Entstehung des einseitigen Trommelschlägelfingers bei Aneurysmen der Arteria subclavia. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 3.)

E. sah bei einem 48jährigen Manne mit einem großen Aneurysma der Arteria subclavia dextra an dem rechten Arm Trommelschlägelfinger, Herabsetzung der Sensibilität, Entartungsreaktion der Mm. interossei, im Röntgenbilde Atrophie der Phalangen und der Knochenteile am Ellbogengelenk. Als Ursache für diese Veränderungen ist nicht die venöse Stauung im Arm, sondern der Druck des Aneurysmas auf den Plexus brachialis, in dem neurotische Prozesse entstehen, anzusehen. Die Literatur kennt nur sehr wenige ähnliche Fälle.

Haeckel (Stettin).

---

33) Huntley. Congenital dislocation of the shoulder-joint. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 26. 1910.)

Ein 30 Jahre alter Mann hatte schon von Kind auf an mit größter Leichtigkeit eine Spontanluxation im Schultergelenk durch starke Elevation des Armes hervorrufen können, die beim Senken des Armes sofort zurückging. Dabei hatte er keinerlei Beschwerden. Auffallend war die ganz außergewöhnliche Beweglichkeit von Schlüsselbein und Schulterblatt, wie das beigegebene Röntgenogramm illustriert. W. v. Brunn (Rostock).

---

34) Lewis. Trapezius transplantation in the treatment of deltoid paralysis. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 26. 1910.)

L. hat zweimal den Trapezius zum Ersatz für den gelähmten Deltoideus herangezogen. Beide Male scheint es sich um eine aszendierende Neuritis des N. axillaris nach Trauma gehandelt zu haben.

Im ersten Falle war das Endresultat mangelhaft, wohl darum, weil der Trapezius an den Deltoideus selbst angenäht worden war und letzterer sich weiterhin gedehnt hatte.

Im zweiten Falle heftete L. den Trapezius an die Schultergelenkskapsel selbst an, dort, wo sie sich an den Humerus ansetzt. Verband in elevierter Stellung $4^1/_2$ Wochen lang. Nach 8 Wochen konnte Pat. den Arm leicht bis zur Horizontalebene heben. Abbildung. W. v. Brunn (Rostock).

---

35) A. Stieda. Beiträge zur freien Knochenplastik. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

Verf. beschreibt ausführlich die Krankengeschichte eines Pat., dem wegen einer Geschwulst der obere Teil des Humerus entfernt werden mußte. Zum Ersatz wurde ein Span von der Tibia ausgesägt und mit Periost wie Mark verpflanzt. Nach 10 Wochen war Pat. imstande, den operierten Arm wieder zu gewöhnlichen Hantierungen zu benutzen. Weiterhin beschreibt S. einen Fall, wo nach vergeblichen Versuchen zur Heilung einer Pseudarthrose der Tibia die Einpflanzung eines von einem Amputierten entnommenen ausgekochten Knochenstückes völlig gelang und zur Heilung führte, die nach jetzt nahezu 12 Jahren nachgeprüft werden konnte. Im Röntgenbilde hatte sich der Verlauf der Einheilung verfolgen lassen, zuerst die teilweise Resorption und dann das allmähliche Herüberwachsen von dem benachbarten Knochen auf den eingepflanzten toten. Die Vereinigung des letzteren mit dem benachbarten Knochen ist, wenn auch erst nach geraumer Zeit, eine völlig feste geworden. In einem anderne Falle, wo die Einpflanzung eines allerdings 16 cm langen toten periostfreien Knochens in ein periostfreies Lager ausgeführt wurde, scheiterte dieser Versuch der Knocheneinpflanzung, und die Pseudarthrose des Unterschenkels blieb bestehen.

S. gibt am Schluß seiner Arbeit noch eine gedrängte Übersicht über die modernen Bestrebungen, Knochendefekte durch periostgedeckte Knochenstücke desselben oder eines artgleichen Individuums zu ersetzen und hält nach seinen Erfahrungen diese Methode ebenfalls für sehr brauchbar und erfolgreich.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

36) E. Kirmisson. Valeur de l'ecchymose linéaire transversale au pli du coude comme signe des fractures supra-condyliennes de l'humerus. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. 1911. März 1.)

Bei suprakondylären Oberarmbrüchen hat K. unmittelbar oberhalb der Ellbeuge eine lineäre transversale Hautblutung beobachtet, die sich durch ihre frischrote Farbe von dem diffusen Bluterguß der Umgebung unterscheidet. Diese lineare Ekchymose sieht aus, als ob sie durch Schlag mit einem schmalen, nahezu scharfen Instrument zustande gekommen sei. Ihre Entstehung ist wahrscheinlich auf die Dislokation des oberen Bruchstücks nach vorn zu erklären, wodurch die tiefen Schichten der Haut von innen nach außen gequetscht werden. Dieses Zeichen,

das bei suprakondylären Frakturen gewöhnlich ist, fehlt bei Ellbogenverrenkungen und ist somit für die Differentialdiagnose zu verwerten.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

37) Pollnow und Levy-Dorn. Angeborene Verwachsung von Radius und Ulna. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 10.)

Der 42 Jahre alte Pat. leidet seit Geburt an einer Bewegungsstörung beider Unterarme; sie befinden sich in ausgesprochener Pronationsstellung und können nicht supiniert werden. Auf den der Arbeit beigegebenen Röntgenbildern sieht man, daß beiderseits die proximalen Enden von Ulna und Radius in einer Ausdehnung von $5^1/_2$ cm miteinander verwachsen sind. Die Knochenbälkchen gehen von dem einen Knochen in den anderen über. Auf der Beugeseite sieht eine dünne Knochenschale hinüber zum Humerus; die Beugefähigkeit des Ellbogengelenks erleidet dadurch keine Einbuße. Im Bereich der Verwachsung zeigen beide Knochen einschließlich des Olecranon und des Processus coronoideus große osteoporotische Stellen.

Glimm (Klütz).

---

38) J. Taendler. Ein neuer mediko-mechanischer Apparat für die Pronation und die Supination des Vorderarmes. (Med. Klinik 1911. p. 376.)

Zur Nachbehandlung von Speichenbrüchen und Ellbogengelenksverletzungen hat T. im Medizinischen Warenhause-Berlin ein Übungsgerät (Preis 135 Mk.) herstellen lassen, das die zu übenden Bewegungen nur auf das Drehgelenk zwischen Speiche und Elle beschränkt und die Mitbewegung der übrigen Gelenke ausschaltet. Abbildung.

Georg Schmidt (Berlin).

---

39) Hirsch. Zur Klinik der Kahnbeinbrüche des Carpus. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Ein 51 Jahre alter Zimmermann hatte sich einen Bruch des Kahnbeins zugezogen, der sowohl durch manuelle wie durch Röntgenuntersuchung diagnostiziert war. Da alle angewandten konservativen Maßnahmen keine Besserung der beträchtlichen Beschwerden erzielten, entschloß sich Verf. zur Exstirpation des Kahnbeins in toto von der Tabatière aus. Gestützt auf seine Erfahrungen und die anderer Autoren ist er der Meinung, daß bei Brüchen, die mit Knochenabsprengungen, Exostosen, Erscheinungen progressiver deformierender Arthritis und andauernden Schmerzen einhergehen, der ganze Knochen entgegen der Ansicht von Ludloff zu entfernen ist. Bei frischen Brüchen soll dagegen die Operation nur ganz ausnahmsweise in Frage kommen, wenn eine erhebliche Dislokation eines der Bruchstücke vorliegt, die durch unblutige Reduktion nicht zu beheben ist, oder wo die Fraktur mit einer gleichzeitigen irreponiblen Verrenkung des Lunatum verknüpft ist. Da die Gestalt des ganzen Knochens so verändert erschien, daß die normale Knochenform kaum wieder zu erkennen war, nahm Verf. in diesem Falle eine Kompressionsfraktur an.

Hartmann (Kassel).

---

40) Kr. Poulsen. Der schnellende Finger. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

P. hat 19 Fälle von schnellendem Finger beobachtet, davon 5 operiert; außerdem hat er den Befund von 64 Fällen, in denen derselbe durch Operation oder Nekropsie festgestellt werden konnte, aus der Literatur gesammelt und im Auszug

wiedergegeben. Auf Grund dieser Studien kommt er zu dem Schluß, daß Gelenkveränderungen im großen und ganzen eine geringe Rolle bei der Entstehung des schnellenden Fingers spielen, und daß die Hauptgruppe der Formen dieses Leidens durch vaginotendinöse Veränderungen veranlaßt ist, nämlich durch Geschwülste der Sehne oder durch Verengerungen der Sehnenscheide. Die Ursache der Sehnengeschwülste sind Stichwunden, Distorsionen, Druck der Sehne gegen eine vorspringende Partie der Sehnenscheide. Häufig schwinden die Symptome des schnellenden Fingers spontan oder bei passender Behandlung. Rebellische Fälle müssen operiert werden; liegt eine Geschwulst vor, so wird sie exstirpiert; fehlt eine solche, so wird erst die Sehnenscheide am proximalen Rande gespalten; dauert auch dann noch das Schnellen fort, so muß die ganze Sehne inspiziert werden.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

41) **v. Brunn (Tübingen). Chirurgische Krankheiten der unteren Extremitäten.** II. Hälfte. Deutsche Chirurgie. Lief. 66. 2. Hälfte. Stuttgart, F. Enke, 1910.

In Fortsetzung des von dem zu früh verstorbenen D. Nasse bearbeiteten ersten Teiles, welcher die Erkrankungen des Fußes, Unterschenkels und der Kniegelenkgegend umfaßte, hat v. B. die chirurgischen Krankheiten des Oberschenkels und der Hüftgelenkgegend in vorliegendem II. Bande dargestellt. Ihnen vorangesetzt ist auf 240 Seiten das Verzeichnis der Literatur, die Verf. auch für den I. Band noch nachträglich sammeln und in bezug auf die seit 1897 erschienenen neueren Arbeiten über das von Nasse behandelte Gebiet ergänzen mußte — eine mühevolle und unerfreuliche Aufgabe! Diesen außerordentlich umfangreichen Literaturangaben folgt, vielfach durch Abbildungen erläutert, die Darstellung der angeborenen Mißbildungen, Erkrankungen der Blut- und Lymphgefäße, Lymphdrüsen, Muskeln, Nerven des Oberschenkels, der entzündlichen Prozesse am Oberschenkelknochen, der Geschwülste und schließlich, $^3/_4$ des ganzen 500 Seiten betragenden Textes einnehmend, die Schilderung der Erkrankungen der Hüftgelenkgegend — der angeborenen Hüftgelenksverrenkung auf über 100 Seiten, der Erkrankungen der Weichteile der Hüftgelenksgegend, der Entzündungen des Hüftgelenks (140 Seiten), der Deformitäten und der Geschwülste.

Während manche Abschnitte, wie schon die Zahl der von ihnen erfüllten Seiten des Werkes erkennen läßt, fast zu gründlich bearbeitet sind und dadurch ihr Studium erschwert ist, sind andere eher etwas zu kurz gekommen, so u. a. das Kapitel über die akute Osteomyelitis des Oberschenkelknochens, die Sarkome desselben, die Sehnenüberpflanzungen am Oberschenkel, über die Ischias usw. Auch auf die moderne Technik der Operationen an dem Oberschenkelknochen ist nicht eingegangen, in bezug darauf auf die teilweise längst veralteten betreffenden Werke der »Deutschen Chirurgie« verwiesen. In besonders ausführlicher Weise sind die Erfahrungen der P. v. Bruns'schen Klinik berücksichtigt, vielfach auch aus ihr Präparate und Röntgenaufnahmen im Bilde wiedergegeben, sowie zahlreiche Krankengeschichten mitgeteilt; wenn v. B. auch den Standpunkt dieser Klinik in vielen noch heute lebhaft erörterten Fragen vertritt, so läßt er doch auch die anderen Kliniker mit ihren übereinstimmenden oder abweichenden Ansichten ausgiebig zu Worte kommen. So wird auch dieser Band der »Deutschen Chirurgie«, namentlich mit seiner erschöpfenden Darstellung der Lehre und Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung und der Coxa vara usw., das Interesse der Chirurgen und Orthopäden finden.

Kramer (Glogau).

---

42) **Otto. Die Bedeutung der Nagelextension für die Kriegschirurgie.** (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1910. Hft. 23.)

Verf. glaubt, daß die Codivilla'sche Nagelextension bei der Behandlung der Schußfrakturen in Kriegszeiten eine besondere Stellung einnehmen wird. Allerdings wird sie nicht in der vorderen Linie, sondern nur in den stehenden Lazaretten Verwendung finden können, hier aber Verkürzungen, die durch Heftpflasterstreckverbände nicht beeinflußbar sind, wirksam entgegen arbeiten können.

Herhold (Brandenburg).

---

43) **L. Bérard et J. Stefani. Le traitement des grands traumatismes des membres inférieurs.** (Lyon chir. 1910. Bd. IV. p. 513 u. 1911. Bd. V. p. 4.)

Bei den schweren Verletzungen der Gliedmaßen (Zermalmung, komplizierten Frakturen mit ausgedehnten Quetschungen der Weichteile, Schußverletzungen mit weitgehender Knochensplitterung usw.) verfuhren die französischen Chirurgen bis vor kurzer Zeit ganz konservativ; sie huldigten der Lehre Reclus' von der »conservation à outrance« trotz der großen Gefahren, welche dieselbe in sich birgt. Erst seit dem französischen Chirurgenkongreß 1905 machte sich eine Reaktion gegen die kritiklose Verwerfung der Amputation bemerkbar, die sich an die Namen Le Dentu, P. Delbet, Morestin und später Imbert knüpft. Auch die Verff. erkannten die Unzulänglichkeit des bisherigen, allgemein eingenommenen Standpunktes und stellten auf Grund eigener Erfahrungen an 43 Fällen neue Normen für das chirurgische Handeln bei den schweren Verletzungen der unteren Gliedmaßen auf.

Die Krankengeschichten werden als kurze Notizen mitgeteilt.

Nach den Verff. hat die primäre Amputation ihre zweifellose Indikation, wenn die Erhaltung des Gliedes infolge Zerstörung der Nerven und der ernährenden Hauptgefäße aussichtslos erscheinen muß, oder wenn dem Verletzten nur eine Gliedmaße erhalten werden kann, die selbst nach der Heilung für ihn nicht gebrauchsfähig ist. In diesen Fällen gilt es vor allem, das Leben zu retten, und zwar durch eine möglichst schnelle, einfache und genügend hohe Amputation ohne jede Naht der Weichteile. In den anderen Fällen geht man konservativ vor: Nachdem der Shock nachgelassen hat, also im allgemeinen nach einigen Stunden, wird eine sorgfältige Desinfektion mit Jodtinktur und Wasserstoffsuperoxyd vorgenommen, gequetschtes Gewebe wird drainiert, der Knochen eventuell genäht usw., und vor allem ist für eine sichere Immobilisierung des Beines Sorge zu tragen. Die Knochennaht ist nützlich, weil sie Interpositionen vermeidet und bei den späteren häufigen Verbandwechseln eine Verschiebung der Fragmente und Schmerzen verhindert.

Bei eitriger Entzündung des Kniegelenks genügt fast stets die Arthrotomie, nur sehr selten wird die Resektion notwendig.

Bei schweren Traumen des Fußgelenks mit ausgedehnten Komminutivfrakturen der Unterschenkelknochen, des Talus und Calcaneus ist der Talus zu entfernen, die Knöchelgabel so weit wie möglich zu erhalten. Acht Abbildungen im Text.

Boerner (Erfurt).

---

44) J. E. Goldthwait (Boston). The lumbo-sacral articulation. An explanation of many cases of „lumbago", „sciatica", and paraplegia. (Boston med. and surg. journ. 1911. März 16.)

Ein Fall, in dem nach einer wiederholten Einrenkung eines, wie man annahm verrenkten Iliosakralgelenkes eine vollständige motorische und sensorische Paraplegie eintrat, gab dem Verf. Gelegenheit, die anatomischen Verhältnisse der Lumbosakralgelenkverbindung eingehender zu untersuchen. Diese Studien haben zu interessanten Resultaten geführt. Es wird zuerst darauf hingewiesen, daß die Gelenkfortsätze des Kreuzbeins eine außerordentliche Verschiedenheit zeigen können. Unter den mannigfaltigen Formen zeichnen sich vor allen Dingen zwei aus: Die Gelenkfortsätze des Kreuzbeins sind entweder scharf ansteigend oder mehr quer gerichtet. In letzterem Falle ist die Gelenkverbindung weniger stabil wie im ersteren, wie aus den beigegebenen Abbildungen leicht ersichtlich ist. G. hat nun in einer Reihe von Fällen feststellen können, daß sich beide Typen gleichzeitig bei demselben Individuum vorfinden können. Besonders bei solchen Individuen besteht nun eine gewisse Gefahr der einseitigen Verrenkung, namentlich wenn eine iliosakrale Verrenkung vorher stattgefunden hat. Eine genaue Untersuchung der Röntgenbilder empfiehlt sich daher, ehe man zur Einrenkung einer iliosakralen Verrenkung schreitet.

Von fast noch größerer Wichtigkeit sind die sehr großen Variationen der Querfortsätze des V. Lendenwirbels. Besonders solche Fälle müssen sorgfältig berücksichtigt werden, bei denen unsymmetrische Gestaltung des V. Lendenwirbels vorliegt. Von besonderem Interesse sind in dieser Beziehung, wie auch hinsichtlich der großen Formverschiedenheiten des Kreuzbeins die sakralisierten Wirbelformen, auf die G. näher eingeht. Verf. wendet seine Aufmerksamkeit fernerhin der Intervertebralscheibe zu und zeigt, welche Bedeutung ihr zentraler Teil, der Nucleus pulposus, dadurch gewinnen kann, daß seine elastische, unter einem hohen Druck zusammengepreßte Masse unter Umständen teilweise in den Wirbelkanal vorgedrängt wird, wenn eine partielle Verrenkung der sakro-lumbalen Gelenkverbindung eintritt. Die dadurch herbeigeführte Verengerung des Wirbelkanals kann, wie auch an einem anderen gleichzeitig beobachteten Falle nachgewiesen werden konnte, zu einer Lähmung eines oder beider Beine führen. In dem letzteren Falle ließ sich durch Lagewechsel eine Lähmung eines oder auch beider Beine herbeiführen. Verf. sucht den Mechanismus der Verrenkung, die zu der Lähmung geführt hat, eingehend zu erklären und schließt daran interessante hypothetische Betrachtungen an über die Spondylolisthesis, Lumbago, Ischias und gewisse Formen von spinalen Lähmungen, Erscheinungen, bei denen die Deutung oft so schwierig und die kausale Behandlung oft so entmutigend und resultatlos ist, daß wir solche exakten anatomischen Studien freudig begrüßen müssen. Die Arbeit enthält eine große Menge von interessanten Einzelheiten, welche, wie auch die vorzüglichen Abbildungen, im Original eingesehen werden müssen.

H. Bucholz (Boston).

---

45) Sharpe. Transverse fracture of the body of the ischium in 1893; terminal displacement in 1902; diagnosticated in 1909. (Bull. of the Johns Hopkins hospital 1911. Februar.)

Ein 64 Jahre alter Pat. kam zu S. mit Klagen über Ischias in der rechten Hüfte und erhebliche Beschwerden im rechten Bein, besonders beim Gehen und Stehen. Er war seit Jahren in Behandlung zahlreicher Ärzte gewesen, auch mit Röntgenstrahlen ergebnislos untersucht worden.

Eine neue Aufnahme ergab, daß das Os ischii am Ansatz an die Hüftgelenkspfanne quer abgebrochen und die Bruchstelle hinter das Acetabulum verschoben war. Pat. konnte zunächst sich eines Unfalls gar nicht entsinnen, erinnerte sich aber dann, 16 Jahre vorher eine Quetschung der rechten Gesäßhälfte erlitten zu haben, die aber trotz der Schmerzen ihn nicht erheblich belästigt, vor allem ihn auch nicht zur Bettruhe gezwungen hatte. Im Jahre 1902 hatte er dann bei einer extremen Bewegung ein Schnappen in der rechten Hüfte gefühlt; seitdem datierten seine jetzigen Beschwerden. W. v. Brunn (Rostock).

---

46) **Trumann Abbe. A fracture of the pubic bone.** (Med. record 1910. Oktober 15.)

Ein 74jähriger Mann glitt auf einer Bananenschale aus und schlug mit dem linken Tuber ischii auf den Boden. Er war unfähig sich wieder zu erheben. Ins Bett gelegt, vermochte er den linken Oberschenkel nur bis 45° an den Leib zu ziehen. Druckschmerz im Bereich der Adduktoren und in der Regio pubica. Bei Kompression des Beckens Schmerzen an der Symphyse. Völlige Wiederherstellung in 7 Wochen. Das Röntgenbild zeigt eine Bruchlinie, die von der Symphyse zum oberen Rande des Foramen obturatorium verläuft. Das obere Bruchstück war erheblich verschoben. Revenstorf (Breslau).

---

47) **C. G. Cumston (Boston). Spontaneous dislocation of the hip-joint following acute infectious diseases.** (Boston med. and surg. journ. 1910. November 3.)

C. berichtet über einen Fall von Spontanverrenkung des Hüftgelenkes nach schwerem Scharlach bei einem 9 Jahre alten Mädchen. Der Fall kam 2 Monate nach Ablauf der akuten Erkrankung in Behandlung und zeigte eine Verkürzung von 4 cm. Nach mehrwöchiger Extensionsbehandlung wurde die unblutige Einrenkung vorgenommen, die beträchtliche Schwierigkeiten verursachte, aber schließlich gelang. Nach der Operation wurde das Bein für 6 Wochen in einen Gipsverband gelegt und gleichzeitig gestreckt. Durch geeignete Nachbehandlung wurde ein vollkommenes Resultat erzielt.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht C. die nicht sehr reichhaltige Literatur der Spontanluxation. Es zeigt sich, daß bezüglich der Ätiologie Typhus (34 Fälle) und akuter Gelenkrheumatismus (28) die Hauptrolle spielen. Weiter kommen in Betracht Scharlachfieber (15), Influenza (4), Pocken (3), Gonorrhöe (2), Erysipelas (1), Puerperalfieber (1). Von den verschiedenen Theorien betreffs der Mechanik des Zustandekommens der Verrenkung gibt C. der Theorie von Kummer den Vorzug, die außer den Veränderungen im Gelenk selbst ein äußeres traumatisches Moment annimmt. Es werden ferner die Symptome des Leidens und die Behandlung eingehend besprochen. Verf. empfiehlt für solche Fälle, in denen eine Einrenkung nicht gelingt oder nach Maßgabe des Röntgenbildes und der klinischen Verhältnisse ein Versuch nicht angebracht erscheint, die subtrochantere Osteotomie, der er gegenüber der Resektion des Gelenkkopfes im allgemeinen den Vorzug gibt, weil letztere zu einer stärkeren Verkürzung führt.

H. Bucholz (Boston).

---

48) Scherflin. Über einen Fall von intrapelviner Vorwölbung und zentraler Wanderung der Hüftpfanne (Otto-Chrobak'sches Becken). (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 2.)

Der Fall des Verf. stammt aus der chirurgischen Abteilung des Karl-Olga-Krankenhauses in Stuttgart (Prof. Hofmeister) und kam zur Beobachtung bei einer 40jährigen ledigen Dienstmagd, die dadurch invalide geworden war. Es handelte sich um eine ganz schleichend verlaufende Gelenkaffektion, die sich innerhalb von 20 Jahren zum jetzigen Grade entwickelt und beide Hüftgelenke fast unbeweglich gemacht hatte. Drei gute Röntgenbilder erläutern den Text.

In der anschließenden Besprechung kommt Verf. oft auf die einschlägige literarische Studie von Henschen zurück. Dessen Anschauung, daß das Leiden mit der Coxarthritis deformans nichts zu tun habe, muß er allerdings bestreiten. Vielmehr gelangt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die doppelseitige zentrale Pfannenwanderung verdankt, soweit das bisher vorliegende Material ein Urteil gestattet, ihre Entstehung wohl immer einer deformierenden Koxitis im weiteren Sinn, also entweder einer neuropathischen (tabischen) Hüfterkrankung oder einer Arthritis deformans im engeren Sinne. Bei Fällen letzterer Art handelt es sich bisher immer um die juvenile Form.

2) Die einseitige zentrale Pfannenwanderung kann sowohl eine destruierende als auch eine deformierende Arthritis zur Ursache haben, da letztere natürlich nicht immer doppelseitig zu sein braucht.

3) In dem Falle des Verf.s handelt es sich mit Sicherheit um eine infolge von Osteoarthritis deformans juvenilis entstandenes Otto-Chroback-Becken.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

49) Schwahn. Über das Krankheitsbild der schnellenden Hüfte. (Deutsche militiärärztl. Zeitschrift 1911. Hft. 3.)

Verf. beschreibt zwei von ihm beobachtete Fälle der oben genannten Krankheit, bei der beim Beugen der Hüfte das Hinübergleiten eines Stranges über den Trochanter gefühlt und ein eben hörbares schnappendes Geräusch bemerkt wurde. Beide Fälle waren durch Fall auf die betreffende Gesäß- bzw. Hüftgegend entstanden. Verf. schließt sich der Ansicht Staffel's an, der eine entzündliche Verdickung des über den Trochanter gehenden Fascienbündels annimmt. Beide von S. beobachtete Kranke kamen ohne Operation zur Heilung.

Herhold (Brandenburg).

---

50) F. Voelcker. Offene Myotomie des Musculus glutaeus maximus bei schnellender Hüfte. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Verf. bespricht kurz die bisher aufgestellten Theorien der »schnellenden Hüfte« und die bisher angewandten Verfahren zu ihrer Beseitigung. Sodann berichtet er über drei derartige Fälle aus der Heidelberger Klinik. Davon war der letzte, der ein 24jähriges Mädchen betraf, doppelseitig. An diesem, der dreimal in Lokalanästhesie operiert wurde, konnte Verf. genau den Mechanismus der schnellenden Hüfte studieren und während der Operation feststellen, daß das aktive Schnellen nach Durchtrennung der obersten Partie des Musc. glutaeus maximus aufhört. Verf. schlägt demnach als Methode der Wahl vor: Operation in Lokalanästhesie, Durchtrennung der Fascia lata hinter dem Trochanter und die Myotomie der obersten Partie des Glutaeus maximus. Die bisher meist geübte Annähung des

Tractus ileo-tibialis an das Periost des Trochanter major ist weniger gut, ja im Erfolg unsicher. H. Kolaczek (Tübingen).

51) Paul Frangenheim. Weitere Untersuchungen über die Pathologie der Coxa vara adolescentium. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 1.)

In weiterer Ausführung seiner früheren Arbeit (Bruns' Beiträge Bd. LXV) bringt F. die Abbildung und genaue histologische Beschreibung von drei Resektionspräparaten von Coxa vara aus der Königsberger Klinik. Es handelt sich einmal um beginnende Verschiebung der Kopfepiphyse nach unten zugleich mit Verkleinerung des Schenkelhalswinkels, einmal um Lösung des nach unten verschobenen Kopfes und einmal um bindegewebige Fixierung des verlagerten Oberschenkelkopfes an der unteren Fläche des Schenkelhalses. Da Verschiebung des Kopfes und Adduktion des Schenkelhalses an einem und demselben Präparat nachzuweisen sind, hält Verf. es nicht für angezeigt, eine Coxa vara cervicalis und trochanterica (Drehmann) zu unterscheiden. Er ist der Überzeugung, daß die bestehende Hüfterkrankung die Pat. im Gehen unsicher macht, gleichsam zu Verletzungen disponiert, daß also die C. v. adolescenticum nicht die Folge, sondern die Ursache des Traumas ist. — Veränderungen der Knorpelfuge sind ein konstanter Befund in F.'s Resektionspräparaten. Es findet sich Verbreiterung der Knorpelfuge, Unterbrechungen des Verlaufes und Zerfall in einzelne Knorpelinseln; auch der Verlauf der Fuge weicht von der Norm ab; die Knorpelsubstanz als solche ist in allen Fällen F.'s vermehrt. F. nimmt an, daß der Knorpel an der oberen Epiphysenlinie minderwertig, daß die ganze Fuge dadurch abnorm nachgiebig ist. Nicht die übermäßige statische Inanspruchnahme (Hofmeister), nicht ein Trauma, sondern diese Knorpelschwäche ist die Ursache der Verschiebung des Schenkelkopfes. F. hält das von Drehmann und Lorenz empfohlene unblutige Redressement der Coxa vara nicht für geeignet wegen der Gefahr der Epiphysenlösung. H. Fritz (Tübingen).

52) Ehringhaus. Eine Prädilektionsstelle für Spontanfrakturen bei tuberkulöser Koxitis. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

In sechs Fällen von tuberkulöser Koxitis wurde an der Berliner orthopädischen Universitätspoliklinik eine Spontanfraktur des Femur dicht oberhalb der Kondylen beobachtet. Durchweg fand sich bei Röntgenaufnahmen eine hochgradige Atrophie des Knochens, die sich durch geringe Schattentiefe, Verschmälerung der Kompakta und weitgehende Veränderungen in der Struktur der Spongiosa sehr deutlich aussprach. Die Spongiosa hatte in weit höherem Grade gelitten als die widerstandsfähigere Kompakta, und aus diesem Umstand heraus erklärte sich auch die genaue Übereinstimmung in der Lokalisation dieser Frakturen am Übergang der Kompakta in die Spongiosa, indem nämlich bei Aktionen, die das Maß physiologischer Inanspruchnahme bei weitem nicht erreichten, der morschere spongiöse Teil einfach abbrach und sich in einzelnen Fällen an dem widerstandsfähigeren proximalen, kompakten Abschnitt direkt aufspießte. — Hiernach kann man wohl die distale Femurdiaphyse als Prädilektionsstelle der Knochenatrophie bezeichnen, und es empfiehlt sich bei tuberkulöser Koxitis, diesen Knochenabschnitt röntgenologisch zu kontrollieren, um den Eintritt einer drohenden Spontanfraktur zu verhüten. Glimm (Klütz).

53) **A. Visentini.** Cinque casi di neuralgia sciatica guariti con le iniezioni ipodermiche di acido fenico. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 12. 1911.)

Fünf hartnäckige Fälle von Ischias wurden durch 30—40 subkutane Injektionen von je 2—10 cg Karbolsäure geheilt. M. Strauss (Nürnberg).

---

54) **E. R. Hesse und W. A. Schaack.** Die Einpflanzung der V. saphena magna in die V. femoralis mittels Gefäßnaht als Operationsmethode bei Varicen der unteren Extremität (Anastomosis sapheno-femoralis). (Russki Wratsch 1911. Nr. 6, 8 u. 9.)

18 Fälle der Operation von Pierre Delbet. An 100 Leichen studierten Verff. die Anatomie der Venenklappen in der Saphena und Femoralis. Dabei fanden sie: Über der Einmündungsstelle der Saphena in die Femoralis gibt es in 23% der Fälle keine Klappen, in 72% ein Paar, in 5% zwei Paar. In der V. iliaca gibt es keine Klappen. Unter der Einmündungsstelle sind in der Femoralis immer Klappen vorhanden, in 9% ein Paar, in 73% zwei, in 18% drei und mehr Paare. Meist liegen die Klappen 3—5 cm von der Einmündung, in seltenen Fällen weiter, höchstens bis 10 cm. In der Saphena gibt es meist mehrere Paar Klappen; die ersten liegen in 82% an der Einmündung in die Femoralis. In 6% sind zwei Vv. saphenae, in 1% sogar drei vorhanden, die dann aber dünner sind. In 18% findet man eine accessorische V. saphena. Die Stelle der Anastomosis sapheno-femoralis muß 10 cm von der Einmündung der Saphena in die Femoralis gewählt werden.

Die Technik der Gefäßnaht — nach Carrel-Stich — ist schwierig und erfordert die peinlichste Asepsis (3 Figuren im Original). Noch größer werden diese Schwierigkeiten bei Abnormitäten der Venen. Die Operation ist angezeigt bei kräftigen Pat., bei positivem Trendelenburg'schen Symptom, bei Varikosität im Gebiet der Saphena magna, bei Durchgängigkeit der letzteren. Kontraindikationen: Vor der Operation zu bestimmen: Kränkliche Pat., negativer Trendelenburg, Thrombose und Phlebitis der Saphena, Lage der Varicen im Gebiete anderer Venen, Verdacht auf Infektion des Lymphsystems (überstandenes Erysipel, unreine entzündete Geschwüre usw.). Während der Operation hervortretende Gegenanzeigen: Sklerose der Venen, enge Lichtung derselben, Multiplizität der Saphena, schlecht vertragene Narkose. Von den 18 Pat. heilten 17 per primam; 2mal trat nach einiger Zeit vorübergehend aseptische Thrombose der peripheren Teile der V. saphena ein. 1mal wurde die Wunde infiziert, es entwickelte sich Pyämie, und Pat. ging zugrunde. — Die Operation wird vorläufig nur in Kliniken und größeren Krankenhäusern gemacht werden können. Die Resultate sind besser, als bei allen anderen Methoden, doch ist die Beobachtungszeit noch zu kurz (nur einige Monate).

Delbet hat 25 Fälle operiert, Frangenheim 1 Fall; mit den 18 Fällen der Verff. sind also erst 44 nach dieser Methode behandelt worden.

Gückel (Kirssanow).

---

55) **W. Arbuthnot Lane.** A clinical lecture on some of the common injuries of the knee-joint and their consequences. (Brit. med. journ. 1911. März 11.)

An frischen Verrenkungen des inneren halbmondförmigen Knorpels im Kniegelenk muß die Reposition durch starke Kniebeugung bei gleichzeitiger Abduktion versucht werden. Gelingt sie nicht, so ist frühzeitigste Entfernung des Knorpels

angezeigt. Bei leichteren Verletzungen des Knorpels genügt Massage und Übung, wenn sie so früh als möglich nach dem Trauma einsetzen. Für die Folgezeit hat ein solcher Verletzter besonders die Beugung des Knies bei gleichzeitiger Abduktion des Fußes zu vermeiden, wenn er nicht Rückfälle und schließlich Untüchtigkeit des Knies erleben will. Bei wiederholten Verletzungen des Knorpels soll man ihn entfernen. Die richtige Behandlung dieser Verletzung ist nach L. auch darum so ungeheuer wichtig, weil nach seiner Theorie fast alle Kniegelenkstuberkulosen beim Erwachsenen und sehr viele beim Kinde ihren Ursprung von einer solchen Kniegelenksverletzung nehmen (?). Weber (Dresden).

56) D'Arcy Power. The second Hunterian lecture on the results of the surgical treatment of displaced semilunar cartilages of the knee. (Brit. med. journ. 1911. Januar 14.)

Die Zunahme des Sports in England hat eine starke Vermehrung der Verletzungen des halbmondförmigen Knorpels mit sich gebracht. Am St. Bartholomews Hospital ist in 17 Jahren 262mal die Eröffnung des Kniegelenks gemacht worden wegen Beschwerden nach einem Unfall. Von 128 Operierten konnten Berichte eingefordert werden, unter diesen waren 89, die wegen der Diagnose auf Luxation oder Zerreißung des halbmondförmigen Knorpels operiert worden waren. Von ihnen betrafen nur 7 den äußeren, alle übrigen den inneren Knorpel. Fast stets besteht das Trauma in einer plötzlichen Drehung des Beines bei etwas gebogenem Knie. In den meisten Fällen wird die Verletzung übersehen und nur als Verstauchung behandelt ohne den Versuch einer Reposition. Die schmerzhafte, oft wiederkehrende, plötzlich einsetzende Feststellung des Kniegelenks ist das Hauptzeichen eines verrenkten oder zerrissenen Knorpels, während Verstauchungen nur Synovialentzündung und Schwäche zurücklassen. Verf. beschreibt einige Einzelheiten des anatomischen Befundes, der alle Übergänge von leichter Verschiebung des Knorpels in mehrere Stücke und Verlagerung seiner Teile umfaßt. Aber das Maß der Beschwerden steht nicht in Übereinstimmung mit dem Grade der anatomischen Veränderung. Ist, wie so häufig, die Reposition des verlagerten und vielleicht auch zerrissenen Knorpels im frischen Zustand durch starke Beugung, seitliche Biegung, Innendrehung des Gelenkes und volle Streckung versäumt worden, so kommt die Entfernung des Knorpels in Frage. Über die Enderfolge dieses Eingriffes geben die eingelaufenen 89 Antworten einen guten Überblick. Danach blieben 73 frei von Rückfällen, 16 erlitten Rückfälle. Bei 50 war das operierte Knie ebenso leistungsfähig wie das andere, bei 39 schwächer. Bei 77 war die Beweglichkeit ungestört, bei 12 etwas behindert. In 43 Fällen war das Knie ganz schmerzlos, in 11 bei Witterungswechsel, in 36 fast stets schmerzhaft. Keiner ist an den Folgen der Operation gestorben, keiner hat ein steifes Knie davon getragen. Die operativen Erfolge sind am besten, wenn möglichst bald nach dem Unfall operiert wird. Weber (Dresden).

57) Bonnette. Blessure de la jambe droite par un coup de feu en retour. (Gaz. des hôpitaux 1911. Nr. 10.)

Gendarmen schossen übungsweise aus Dienstrevolvern, und zwar in einem verlassenen Steinbruch. Einer der Schießenden erhielt einen Schlag gegen seine rechte Tibia. Das Geschoß war aus seinem Revolver in die Höhlung eines Felsstückes geflogen, war an der glatten konkaven Fläche entlang geglitten und zu dem Schützen zurückgekehrt.

Da es nicht immer so glimpflich abgeht (leichte Periostitis), so sollten als Ziel bei Schießübungen nur ganz plane Flächen dienen.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

58) H. Ehrlich. Nagelextension aus dringlicher Indikation. (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 4.)

Die Indikation zur Nagelextension gab bei einem komplizierten gesplitterten suprakondylären Oberschenkelbruche eines schwer Berauschten die vermutlich durch Druck der sehr stark dislozierten Fragmente bedingte Kompression der Arteria poplitea. Die Dislokation mußte rasch beseitigt werden, weil bei der Unruhe des Pat. die Gefahr der nachträglichen Zerreißung der Arterie durch die Fragmente bestand. Pflasterextension hätte zu langsam gewirkt, wäre auch bei der großen Weichteilwunde kaum anzulegen gewesen. In einem Gipsverbande wäre bei der starken Splitterung die Reposition nicht dauernd zu erhalten gewesen.

Nach Anlegung der Nagelextension dicht oberhalb des Condylus ext. kehrte der Puls sofort wieder. Am 20. Tage mußte wegen beginnenden Durchschneidens die Nagelextension durch Pflaster, später durch Gipshose ersetzt werden. Nach 9 Wochen war feste Heilung eingetreten.

Die sich im allgemeinen mit der Anschütz'schen deckende Indikationsstellung der Eiselsberg'schen Klinik wäre also durch obige zu ergänzen. Literatur.

Renner (Breslau).

59) W. Bergemann. Zur Behandlung der Malleolarfrakturen. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 3.)

Nach Besprechung der verschiedenen heute geübten Behandlungsmethoden der Knöchelbrüche und ihrer Resultate teilt Verf. aus der Lexer'schen Klinik in Königsberg eine von diesem empfohlene Methode mit. Es handelt sich um einen Heftpflasterverband, bei dem der Fuß durch einen verstellbaren Gummizug in die gewünschte adduzierte und supinierte Stellung gebracht wird. Dieser Verband verhütet die schädliche Abduktion und Pronation, erlaubt aber die Beugung und Streckung des Fußes. Die Methode vermeidet also die Nachteile der starren Verbände und erlaubt ein frühzeitiges Aufstehen des Verletzten. Dagegen ist tägliche ärztliche Kontrolle des Verbandes durchaus notwendig. Die Methode kam bisher in 20 Fällen von Knöchelbrüchen zur Anwendung, bei denen sämtlich die volle Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt wurde. Drei Textbilder erläutern die Verbandtechnik.

H. Kolaczek (Tübingen).

60) Sever. Tuberculosis of the ankle-joint and tarsus. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 25. 1910.)

Auf Grund der Erfahrungen an 213 Fällen von Fußgelenkstuberkulose aus dem Kinderkrankenhause zu Boston hat S. die Überzeugung gewonnen, daß die Tuberkulose des Fußgelenks und der Fußknochen bei Kindern schleichend beginnt, chronisch verläuft und besonders kleine Kinder befällt, daß die nichtoperative Behandlung bessere Erfolge zeigt als die operative; die Gefahr sekundärer Gelenkaffektion und einer Allgemeininfektion ist geringer beim konservativen Verfahren, auch behält das Gelenk eine bessere Form. Die Funktion des Gelenks wird meist mangelhaft, doch wird der Gebrauch des Fußes an sich dadurch meist wenig behindert.

W. v. Brunn (Rostock).

61) Ausland and Wood. Fracture of the tarsal scaphoid. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

Ein Bruch des Kahnbeins entsteht gewöhnlich durch Fall bei dorsal oder plantar gebeugtem Fuße. Schmerzhaftigkeit und Schwellung sind über dem Bruch nachzuweisen, doch kann eine sichere Diagnose nur durch das Röntgenbild gestellt werden. Wenn das abgebrochene Bruchstück reponiert und der Fuß in Einwärtsdrehung gehalten werden kann, so kann man Heilung ohne Operation erwarten. Anderenfalls wird das ganze Schiffbein oder das abgebrochene Ende durch Operation zu entfernen sein mit Hinterlassung von möglichst viel Periost. Nach der Operation wird der Fuß 3 Wochen lang einwärts gedreht im Gipsverbande gehalten, nach Abnahme des Verbandes durch Spiralfedern noch weiter in Supination fixiert, bis nach 6—8 Wochen mit Massage begonnen und dem Pat. Krücken zu Gehversuchen gegeben werden, wobei federnde Plattfußeinlagen in den Schuhen zu tragen sind. Zwei mit Erfolg auf diese Weise operierte Fälle werden beschrieben.

Herhold (Brandenburg).

---

62) Carl Stern. Über Fußwurzelsarkome. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

Sarkome der Fußwurzeln sind selten. In der Literatur konnte S. im ganzen nur 18 Fälle finden. Er ist in der Lage, dieser spärlichen Kasuistik noch zwei Fälle, nämlich Sarkome des Calcaneus, hinzuzufügen; und zwar handelte es sich beide Male um zellreiche, kleinzellige Rundzellensarkome. Der Ausgangspunkt des einen Sarkoms war das Mark, der des anderen das Periost. Verf. bespricht eingehend die differentielle Diagnose des Fußwurzelsarkoms gegenüber der Tuberkulose, Osteomyelitis und dem entzündlichen Plattfuß. Wichtig ist für die Diagnose des Leidens das Röntgenbild und eventuell die Probepunktion, welche größere Mengen Blutes oder gar Geschwulstzellen zutage fördern kann, wenn dies auch selten ist. Bei großer Schwierigkeit der Differentialdiagnose kommt ein Probeeinschnitt in Betracht, bei dem man sich besonders an die Randzone der Geschwulst halten soll, um Verwechslungen mit Gummen zu vermeiden. Vielfach wurden Fiebersteigerungen als charakteristisch für Sarkome von schnellem Wachstum angesehen. Bull fand jedoch, daß das Fieber erst auftritt, wenn sich Metastasen bilden. Für diese Tatsache sprechen auch die beiden vorliegenden Beobachtungen. Verf. bespricht zum Schluß noch die Prognose des Fußwurzelsarkoms und die verschiedenen chirurgischen Eingriffe, die für seine Heilung in Betracht kommen.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

63) Ernst Müller. Der idiopathische Hohlfuß. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 2.)

Die Arbeit stammt aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart. Unter idiopathischem Hohlfuß versteht Verf. dasjenige Leiden, das allein in einer vermehrten Wölbung des Fußes besteht und sich ohne uns bekannte Ursache ausgebildet hat. Neben der hohen Wölbung findet sich als auffallendstes Symptom meist eine Schlottrigkeit des Talo-Tarsal- bzw. Chopart'schen Gelenks; sie dürfte an den meist geklagten Schmerzen die Schuld tragen. Bei den schweren Fällen von Hohlfuß kann die beobachtete Knickung des Fußgewölbes im Chopart'schen wie im Lisfranc'schen Gelenk bzw. deren Umgebung sitzen. Meist findet sich auch beim Hohlfuß eine sehr starke Dorsalflexion der Zehen.

Verf. bespricht das klinische und pathologisch-anatomische Bild des idiopathischen Hohlfußes und teilt 20 von ihm selbst behandelte schwere Fälle in Kürze mit. Zwei Röntgenbilder erläutern den Text.

Bezüglich der Entstehung des Leidens spricht sich Verf. dahin aus, daß der Sitz der Erkrankung im Bindegewebe, speziell in der Plantaraponeurose liegt. Er vergleicht die Erkrankung mit der Dupuytren'schen Kontraktur an der Hohlhand. Die Pathogenese des idiopathischen Hohlfußes bleibt trotzdem ungeklärt.

Therapeutisch empfiehlt Verf. in leichten Fällen die Tenotomie der Fascia plantaris mit folgendem redressierenden Gipsverband, in schweren Fällen betrachtet er als Normalverfahren die Exstirpation der Plantaraponeurose und Keilexzision aus dem Tarsus. Der Gefahr eines danach entstehenden Plattfußes beugt er durch Einlegen einer Plattfußsohle vor.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

64) **E. Kirmisson. Arthrotomie médio-tarsienne dans le pied bot varus équin congénital invétéré; manuel opératoire; resultats.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. 1911. März 1.)

Bei einem 4jährigen, an doppelseitigem angeborenen Klumpfuß leidenden Kind, das wegen dieses Leidens schon mehrfach operativ behandelt worden war, hat K. ebenso wie in einem anderen Falle zur Beseitigung der Deformität die oben erwähnte Operation ausgeführt. Es wird hinter dem Os naviculare eingegangen. Da dieses bei der Vorliegenden fast den inneren Knöchel berührt, empfiehlt K. einen 4—5 cm langen Hautschnitt unmittelbar vor dem Malleolus int. parallel dem inneren Sohlenrand auszuführen, je nach der Lage des Falles mehr dorsal- oder mehr plantarwärts. Die vorliegende Sehne des Musc. tibialis anticus wird freigelegt und durchschnitten. Unmittelbar hinter dem Os naviculare wird die Sehne des Musc. tibialis post. und das Ligamentum laterale int. durchtrennt. Durch eine redressierende Bewegung wird das Gelenk hinter dem Os naviculare zum Klaffen gebracht und mit einem schmalen Messer eine möglichst vollkommene Durchtrennung aller Ligamente vorgenommen. Hierauf erfolgt ein forciertes Redressement eventuell mit Tenotomie der Achillessehne.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

65) **S. Hida und K. Hirase. Beiträge zur Kasuistik der Fußgeschwulst.** (Arbeiten aus Rikugun Gun i-Gakko Bd. VI. Tokio 1909.)

Sieben Krankengeschichten mit Röntgenbildern. Die Kranke entstammten sämtlich dem ersten Jahrgange und zogen sich das Leiden bei großen Märschen auf steinigen unebenen Wegen unter starker Gepäckbelastung zu. Nur ein Mann, bei dem keine knöcherne Vereinigung der Mittelfußbruchstücke eintrat, mußte entlassen werden. — 14 Literaturangaben. Georg Schmidt (Berlin).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,

in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 22. Sonnabend, den 3. Juni 1911.

Inhalt.

I.

Über eine bisher nicht beachtete Erscheinung bei sich wiederholenden Appendicitisanfällen.

Von

Prof. Dr. Nicolai Wolkowitsch in Kiew.

Beim Studium der klinischen Erscheinungen an Pat., die wegen wiederholt auftretender Anfälle von Appendicitis um chirurgische Hilfe baten, richtete sich meine Aufmerksamkeit auf die Veränderung der Bauchdecken in der rechten Bauchhälfte im Gebiet der breiten Bauchmuskeln. Diese Veränderung tritt in Form einer mehr oder minder starken Erschlaffung der Bauchmuskeln der rechten Seite im Vergleich zur linken zutage. Die Bauchdecken erweisen sich hier bei der Palpation als viel weicher und leichter eindrückbar als auf der anderen Seite.

Die Erschlaffung läßt die palpierenden Finger viel leichter zu den in der Bauchhöhle liegenden Teilen gelangen als auf der linken Seite. Die Bauchdecken lassen sich sogar bis zu einem gewissen Grade in ihrer ganzen Dicke in einer Falte emporheben, wenn man dieselben z. B. über der Crista ossis ilei erfaßt, was auf der anderen Seite nicht gelingt, da die Muskellager zwischen den Fingern fortgleiten. Auf der rechten Seite ist auch eine Verminderung der Elastizität der Bauchdecken bemerkbar. Die palpierenden Finger haben in mehr oder minder starkem Grade das Gefühl einer fibrösen Bauchdecke im Vergleich zur linken Seite.

Auf Grund dieser Daten mußte man zu der Schlußfolgerung gelangen, daß es sich hier um eine Veränderung der Bauchmuskeln handelt, und zwar um einen mehr oder minder bedeutenden Grad von Atrophie derselben.

Hier beobachten wir eine Erscheinung, die auf den ersten Blick derjenigen entgegengesetzt ist, der bei der akuten Appendicitis große Bedeutung zugemessen wird, es ist dieses die Spannung der Bauchdecken der erkrankten Seite. Diese Spannung ist natürlich das Resultat eines von der Erkrankungsstelle ausgehenden Reflexes; es ist dieses am ehesten ein Reflex vom Peritoneum parietale aus, das von zerebrospinalen Nerven versorgt wird, wenn man annimmt, daß dasselbe in größerem oder geringerem Grade von den Entzündungserscheinungen bei Appendicitis mitergriffen ist. Meiner Ansicht nach besteht kein Widerspruch zwischen dieser Erscheinung und derjenigen, die ich bei wiederholten Appendicitisanfällen im Ruhestadium bemerkt habe. Die Erhöhung des Muskeltonus bei akutem Entzündungsprozeß im Gebiet des Coecum ist ein Beweis für die hier stattfindende Abnormität oder in gewissem Grade für die Mitbeteiligung der Bauchdecken an diesem Prozeß. Die Wiederholung des Leidens und hierdurch auch die wiederholte reflektorische Einwirkung auf die Bauchwand führt zuguterletzt zu einer Ernährungsstörung derselben, die sich in einem atrophischen Zustande der Muskulatur dokumentiert.

Wenn ich mich so ausdrücke, so erkläre ich mich gleichsam bereit, die Erklärung dieses Prozesses derjenigen anzupassen, die z. B. von Paget, Vulpian, Charcot und anderen Autoren der Muskelatrophie bei Gelenkerkrankungen gegeben wird. Andererseits ist Grund dafür vorhanden, besonders mit Lennander übereinstimmend, anzunehmen, daß die Bauchdecken bei Appendicitis auch unmittelbar, infolge der Ausbreitung des Prozesses auf dem Lymphwege, miterkranken. Endlich kann die geringere Beteiligung dieser (erkrankten) Bauchdeckenhälfte an der Ausübung der Bauchpresse und sogar an den Atmungsexkursionen zu Veränderungen in den Muskeln führen, die gleichsam mit deren Inaktivität in Verbindung stehen.

Der bezeichnete Unterschied im Zustande der Bauchdecken der rechten und linken Seite findet sich buchstäblich in jedem Falle von wiederholter Appendicitis. (Ich konnte bisher 30—40 Pat. daraufhin untersuchen.) Der Unterschied ist bei einigermaßen aufmerksamer Palpation bemerkbar. Um diesen Unterschied mathematisch feststellen zu können, habe ich, als einfache und in jedem Falle anwendbare Methode, den Apparat von Exner und Tandler benutzt, der von diesen Herren 1909 zur Bestimmung des Muskeltonus vorgeschlagen wurde[1]. Nach den Angaben dieser Autoren bestimmt ihr Apparat nicht die absolute Höhe des Muskeltonus, sondern den Grad der Eindrückbarkeit der Muskulatur, d. h. die Festigkeit derselben. In der Tat zeigte der auf die Verbindungslinie zwischen

[1] Über die Messung des Muskeltonus und die Bedeutung des Tonus. Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. Bd. XX.

Nabel und Spina anterior superior ossis ilei, d. h. annähernd in der Richtung der Muskelfasern des M. obliquus abdominalis internus aufgesetzte Apparat jedesmal einen mehr oder minder bedeutenden Unterschied im Ausschlag des Zeigers des Apparates im Sinne einer Verminderung der Festigkeit der Bauchdecken auf der rechten Seite.

Dieser Unterschied trat speziell im Gebiet der breiten Bauchmuskeln hervor; weniger bemerkbar war er oder fehlte sogar ganz im Gebiet der Mm. recti abdominis. (Es ist selbstverständlich, daß die vergleichende Untersuchung auch dieser Muskeln ebenfalls unterhalb des Nabels oder, genauer ausgedrückt, in gleicher Höhe mit dem Appendicitisprozeß ausgeführt wurde.)

4. April 1911.

II.

Aus der chirurg. Abteilung des Diakonissenhauses in Leipzig.
Chefarzt: Privatdozent Dr. Sick.

Coecum mobile, fixierte Appendix, Perityphlitis.

Von

P. Sick.

Zurzeit, wo durch Wilms' Arbeiten über das Coecum mobile viele Befunde und Erfahrungen in dieser noch sehr strittigen Frage gesammelt werden, möchte ich auf einen Befund hinweisen, den ich seit etwa 2 Jahren an einem Material von 70—80 Fällen jährlich auffallend häufig getroffen habe, so daß er mir für eine große Anzahl von Perityphlitiden ätiologisch wichtig erscheint. Wo sich bei einer Wurmfortsatzoperation ein Coecum mobile zeigte, stand wohl mindestens in der Hälfte der Fälle (systematische Registrierung habe ich erst angefangen) die Länge des Coecummesenteriums in einem Mißverhältnis zur Anheftung der Appendix. Entweder war das Mesenteriolum unverhältnismäßig kurz, häufig auch schon narbig, strangartig verändert, oder war der Wurm selbst straff an irgendeiner der bekannten Stellen, z. B. im Kleinbecken, oder auch innen am Kolon hinauf angelötet und bildete so ein besonderes Fixationsband für das Coecum. In typischen Fällen der letzteren Art war öfter der ganze Wurm oder wenigstens sein Ende künstlich gestreckt, das blinde Ende pfriemenartig ausgezogen, so daß es schwierig war zu sehen und zu fühlen, wo der Fortsatz zu Ende und nur noch peritonealer Strang vorhanden war. Oder es war nur ein Teil des Fortsatzes so fixiert, am Ende der straffen Verwachsung der bewegliche Teil des Wurms abgeknickt (und nicht selten war hier der Sitz der akuten Entzündung: Ileus von Klauber). Manchmal war auch der Anhang strangartig zwischen Coecum und Dünndarmende wie eine Barriere oder besser wie der Haltestrick eines Ballons angebracht und mußte — selbst bei weniger beweglichem Coecum — den Durchgang der Gase und Flüssigkeit stören. In denselben Fällen zeigten sich dann meistens am Coecum und Colon ascendens hinauf jene mehr oder weniger dichten und vaskularisierten entzündlichen Auflagerungen, welche die Diagnose Typhlitis stercoralis nahe legen. Doch läßt sich sehr häufig eine charakteristische Torsionsanordnung an den gefäßhaltigen Narbenschleiern erkennen, deren Erklärung ja sehr nahe liegt, aber bisher, soviel ich sehe, mit der Fixationsart der Appendix nicht in Zusammenhang gebracht wurde. Und doch wirkt diese Fixation bei stark

beweglichem Blinddarm in demselben Sinne wie ein langes und sehr kurzbasiges Mesenterium des S romanum: es kommt sehr leicht zu Verdrehungen des Coecum, zu leichten Volvulusanfällen mit charakteristischen Erscheinungen. Ich muß allerdings gestehen, daß die wenigen Fälle von echtem Blinddarmvolvulus, die ich sah, diesem Mechanismus nicht ihre Entstehung verdankten, sondern einem ganz abnorm langen Mesenterium, das im letzten Falle sich bis zur Flexura hepatica erstreckte; aber diese seltenen Anomalien beweisen wohl nichts für oder gegen die Beteiligung des Wurmfortsatzes in den oben bezeichneten häufigen Befunden.

Durch die Annahme, daß sich die Verdrehung des Blinddarms vermöge seiner gewöhnlichen zwischen Dünn- und Dickdarm stehenden Beweglichkeit fast stets, wenn auch in verschieden langer Zeit, wieder löst, bekommen wir eine Reihe von Krankheitsbildern einer- und Befunden bei der Operation andererseits, die anscheinend durch das Fehlen von echter Appendicitis nicht zusammenstimmen, aber — und das ist das praktisch Wichtigste — durch die richtige Entfernung des die Blinddarmbewegungen hindernden Stranges, der Appendix samt Mesenteriolum, einer definitiven Heilung entgegengeführt werden können.

Unter diesen Krankheitsbildern ist nun gewiß eine große Zahl, welche schwerere Volvuluserscheinungen nicht und bei keinem Anfall bieten, und darum auch unter die Rückzugsparole, die im letzten Chirurgenkongreß und inneren Kongreß laut wurde, fallen: daß man nur bei einwandsfreiem akutem Anfall (d. h. bei echter Appendicitis, die aber von Volvulus oder Abknickung der Appendix auf der einen, des ganzen Coecum auf der anderen Seite klinisch nicht wohl unterscheidbar ist) operieren solle: sonst operiere man viele, die nachher doch nicht geheilt sind, dieselben, im wesentlichen neurasthenischen Beschwerden behalten, und, wenn sie Adnexe haben, »zum Gynäkologen gehen, um sich die Verwachsungen zwischen Coecum und Tube wieder lösen zu lassen«[1]. Ich meine, mindestens der Mehrzahl von solchen Pat. läßt sich durch die typische Appendektomie doch eine sichere Heilung in Aussicht stellen, und es wäre bedauerlich, wenn diese durch die Diagnose Coecum mobile entweder ohne operative Hilfe blieben, oder wenn sich durch die erfahrungsgemäß noch zurückhaltendere Indikationsstellung der inneren Kollegen und praktischen Ärzte die schon überwunden gewesene Epoche wiederholte, daß durch solche Zurückhaltung und durch die einmal bestehende Unmöglichkeit sicherer anatomischer Diagnosen am Krankenbett sich die Fälle wieder mehrten, bei denen der richtige Zeitpunkt zur Operation in oder nach einem »leichten Anfall« verpaßt würde und vielleicht durch ungünstige Ausnahmezustände beim nächsten sehr schwer einsetzenden Anfall der Chirurg zu spät käme. Denn eine das erste Mal als Blinddarmtorsion leichten Grades — wie dies z. B. in der Schwangerschaft als häufiges Vorkommnis anzunehmen ist — anzusprechende Erkrankung (auf die Symptome einzugehen ist hier nicht der Ort) bietet nach meinen obengezeichneten Skizzen nicht die geringste Gewähr, daß sich nicht das nächste Mal z. B. eine Streptokokkenphlegmone des mechanisch prädisponierten oder schon geschädigten Fortsatzes und seines Gekröses entwickelt, die rasch zu allgemeiner Perforationsperitonitis oder zur Sepsis führt.

So meine ich, die Indikationsstellung zu der so segensreichen Entfernung des Wurmfortsatzes dürfte wegen der wenigen zweifelhaften oder wirklich ungeeigneten

---

[1] Übrigens dürften auch dadurch manche Beschwerden, sofern sie die besprochene Ätiologie haben, wirklich beseitigt werden, und es kommt immer auf gute Peritonealisierung und Mobilisierung des Coecums, nächstdem auf glatten primären Wundverschluß an. Unnötige Tamponade und Drainage ist ein Fehler, der sich nicht immer, aber oft durch Adhäsionsbeschwerden rächt.

(Pseudoappendicitis) Patienten nicht eingeschränkt werden um einiger weniger willen, denen man nicht hilft, aber durch den harmlosen Eingriff auch nicht schadet. Bestätigt sich die Häufigkeit des Befundes, daß die Appendix die Rolle einer Fixationsleine spielt, um die sich das beweglichere Coecum in mehr oder weniger gefährlicher Weise torquiert, so bietet diese Ätiologie der Perityphlitis, die natürlich nur für einen Teil aller Fälle zutrifft — es gibt nicht eine Ursache der Blinddarmentzündungen, aber die mechanische Prädisposition und Schädigung spielt wohl immer mit —, auch einen neuen Hinweis darauf, daß der Wilms'sche Vorschlag, den Blinddarm in einer Peritonealtasche festzulegen, nicht nur wahrscheinlich unphysiologisch für den dünnen Inhalt führenden Darmteil, sondern auch zur Beseitigung der in Betracht kommenden Beschwerden unnötig ist.

III.

Zur Technik der Darmnaht nach Schmieden.

Von

W. Kausch.

In Nr. 15 dieses Zentralblattes gibt Schmieden eine neue Methode an, durch welche bei der inneren vorderen Anastomosennaht die Darmwände, besonders die Schleimhaut, sich besser und spontan, ohne Mithilfe von Pinzetten aneinander legen lassen: fortlaufende Einstülpungsnaht. Schmieden legt diese Naht in der Weise an, daß er mit einer geraden Nadel jederseits stets von der Schleimhautseite aus einsticht.

Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß wir in der Mikulicz'schen Klinik aus denselben Gründen wie Schmieden eine Darmnaht verwandten, die in allen drei Auflagen des Handbuchs der praktischen Chirurgie genau beschrieben und abgebildet ist. Ich glaube, daß bei dieser Darmnaht, von der ich nicht mit Sicherheit sagen kann, ob sie von Mikulicz selbst stammt, die Wundflächen sich vielleicht noch besser aneinander legen als bei der Naht Schmieden's. Bei unserer Methode wird stets auf der ersten Seite von der Schleimhaut ein-, auf der Serosaseite ausgestochen, auf der zweiten Seite wird von der Serosa ein-, auf der Schleimhautseite ausgestochen. Nach diesen zwei Stichen wird stets die Fadenschlinge angezogen, es legen sich dann die beiden Darmwände mit der Serosafläche breit aneinander, so breit wie der Stichkanal vom Schnittrande entfernt ist. Die überquellenden Schleimhautränder legen sich gut aneinander, geraten nicht zwischen die Serosaflächen.

Betrachtet man Schmieden's Nadelführung, so wird auf der ersten Seite, wo von der Schleimhaut aus ein-, zur Serosa ausgestochen wird, beim Anziehen des Fadens der Wundrand in die Tiefe gedrückt; auf der anderen Seite — die Abbildung Schmieden's gibt das Moment, welches ich meine, gerade recht deutlich wieder — hebt der ebenso durchgeführte Faden diesen Wundrand beim Anziehen des Fadens in die Höhe: die Schnittränder der Darmwand werden geradezu daran gehindert, sich exakt aneinander zu legen, die Schleimhaut der zweiten Seite legt sich direkt auf die Serosa der ersten Seite.

Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam machen, daß, auch abgesehen von der Einstichrichtung, die Art, wie wir die Anastomosennaht ausführen, Vorteile bietet. Es wird zunächst — genau wie bei Schmieden — die

hintere Serosanaht angelegt, fortlaufend mit Seide; der Anfang des Fadens wird lang gelassen, angeklemmt; am Ende dieser Naht beläßt man den mit der Nadel bewaffneten Faden und klemmt ihn auch an. Jetzt wird zur inneren, alle drei Schichten fassenden Naht geschritten, die ich fortlaufend mit Catgut anlege. Diese Naht beginnt genau in der Mitte der bereits angelegten hinteren Serosanaht; es wird stets, wie bemerkt, auf der einen Seite von der Schleimhaut ein-, auf der anderen Seite zur Schleimhaut ausgestochen. Wird die Ecke der Anastomose erreicht, so geht die fortlaufende Naht, d. h. derselbe Faden, auf die Vorderseite über, und die Naht wird hier genau in derselben Weise weitergeführt. Sie endet kurz vor der Mitte der Vorderseite der Anastomose. Nun wird die zweite Hälfte der fortlaufenden Naht genau in der gleichen Weise angelegt, also auch beginnend in der Mitte der hinteren Naht; sie wird hier mit dem stehengebliebenen Anfangsfaden verknüpft. In der besprochenen Weise wird die Naht an der zweiten Ecke der Anastomose auf die Vorderseite übergeführt; sie endet dicht neben der ersten Naht etwa in der Mitte der Vorderseite. Ein oder zwei Einzelnähte, die naturgemäß von außen, von der Serosa aus angelegt werden müssen, schließen den Rest der Öffnung; damit ist das Darmlumen verschlossen. Nunmehr wird die vordere Serosanaht angelegt. Eine bessere Methode der Anastomosennaht ist mir nicht bekannt.

Schon in Breslau haben wir immer wieder von Zeit zu Zeit die Naht mit geraden Nadeln versucht, sind aber doch stets zu gekrümmten zurückgekehrt. Die krumme Nadel erlaubt an der Vorderseite und namentlich an den Ecken auf einmal durch beide Darmwandseiten hindurchzustechen, nicht erst durch die eine, mit der Nadel ganz hindurchgehend, dann erst durch die andere. Der Vorteil, den die gerade Nadel bietet, bei der Serosanaht breitere Flächen des Darmes zu fassen, muß zugegeben werden. Mit einer nicht zu stark gekrümmten Nadel und durch Herbeiführung einer weniger starken Wölbung der Darmwand erreicht man aber dasselbe.

---

1) **Bockenheimer. Atlas chirurgischer Krankheitsbilder.** Lieferung VII—XII. Wien, Urban & Schwarzenberg, 1911.

Mit den vorliegenden Heften ist das umfangreiche Werk abgeschlossen. In der VII.—IX. Lieferung finden wir in der Hauptsache Infektionen aller Art, woran sich in den letzten Heften Syphilis, Tuberkulose, Gangrän usw. anreihen. Meist ist der Beschreibung der mitgeteilten Fälle eine kurze, gut orientierende Übersicht über die betreffenden Krankheitsbilder vorangestellt. Die nach Moulagen gefertigten Abbildungen sind sehr gut gelungen und eignen sich gut zu Demonstrationen.

Der Atlas wird auch in II. Auflage einen großen Leserkreis finden.

Vorderbrügge (Danzig).

---

2) **Charles Manning Child. Die physiologische Isolation von Teilen des Organismus als Auslösungsfaktor der Bildung reiner Lebewesen und der Restitution.** 157 S. Vorträge u. Aufsätze über Entwicklungsmechanik der Organismen, herausgegeben von Wilh. Roux, 1911. Hft. 11. 157 S.)

Zwischen den Teilen des lebenden Organismus bestehen Wechselbeziehungen, Korrelationen, welche die einzelnen Teile in ihrem Wachstum, in ihren Funktionen bestimmen, sie so zu einem einheitlichen Ganzen zusammenfügen. Wird ein Teil

»isoliert«, indem Korrelationen physikalisch, physiologisch ausgeschaltet oder gehemmt werden, so tritt ein Regulationsvorgang ein, welcher zur Restitution führt. Diese Restitution ist eine ungleich vollkommene, je nachdem es sich um mehr oder weniger differenzierte, mehr oder weniger regulationsfähige Zellen handelte.

C. führt eine Reihe von Beispielen aus der Physiologie der Pflanzen und niederen Tiere an und wendet schließlich seine interessanten Hypothesen auf die Geschwulsttheorien an. Es scheint sehr verlockend, die Entstehung der Geschwülste durch physiologische Isolation von Organteilen zu erklären, wodurch alle Geschwülste, gutartige, bösartige, sowie die organoiden, auf einen gemeinsamen Boden gestellt würden. »Alles, was auf irgendeine Weise zu einer Schwächung der physiologischen Korrelation, der physiologischen Einheit des Organismus führt, leitet, soweit es nicht den Tod bedingt, zur physiologischen Vielheit. Ob eine Vermehrung im gewöhnlichen Sinne, eine Wiederholung von Teilen, eine pathologische Bildung oder nur ein Wachstumsvorgang daraus erfolgt, hängt von den Bedingungen des besonderen Falles ab.«

Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

3) George W. Crile (Cleveland, Ohio). Phylogenetic association in relation to certain medical problems. 41 S. Ether Day Address 1910.

Phylogenetisch werde der tierisch-menschliche Organismus im Kampfe ums Dasein mit »Novizeptoren« ausgestattet. Werden diese durch adäquate Reize getroffen, so lösen die Reize zur Abwehr der Schädlichkeit reflektorische Abwehrbewegungen aus. Es tritt Erschöpfung ein, wenn die Reize intensiv genug oder lange genug eingewirkt haben. Das ist der Grund der z. B. einer Operation folgenden Erschöpfung. Denn die Narkose hindert wohl die Abwehrbewegungen. Daß aber die Reize des Traumas die Gehirnzellen erreichen, beweisen die morphologischen Veränderungen, die sie im Tierexperiment zeigen und die fehlen, wenn die die Reize leitenden Nervenbahnen durch Kokain, d. i. durch Leitungsanästhesie, blockiert werden. Die Narkose verdeckt also nur die Leiden, welche der Organismus aussteht. Erst durch die Leitungsanästhesie kann der Reizwirkung und der der Operation folgenden Erschöpfung vorgebeugt werden. — In chronischer Reizung von Novizeptoren sieht C. ferner den Grund allgemeiner Störungen bei chronischer Erkrankung mancher Organe, chronischer Appendicitis, Cholelithiasis, Analfissuren, den Grund des oft überraschenden Auflebens des Körpers, wenn solche Reize beseitigt werden.

Wie die Reize selbst, so wirkt auf dem Wege der Noviassoziation die bloße Vorstellung einer Schädlichkeit. Es ist bekannt, wie Furcht Zustände gänzlicher Erschöpfung herbeiführen kann. So manche Erscheinung der Neurasthenie, Hypochondrie, der Basedowerkrankung, findet hier ihre Erklärung. Darin auch liegt die große Bedeutung der allgemeinen Narkose, der beruhigenden Arzneimittel, des Vertrauen weckenden Auftreten am Krankenbett, daß die Noviassoziation ausgeschaltet wird. In nicht seltenen Fällen hängt hiervon der Erfolg ab. — Bei der Basedowerkrankung spielt die Noviassoziation eine besondere Rolle, weil zwischen Schilddrüse und Nervensystem augenscheinlich ein Wechselverhältnis besteht. C. nimmt an, daß es eine Funktion der Schilddrüse ist, die Reflexvorgänge zu beschleunigen (wie ja Hypo- und Aplasie mit träger Erregbarkeit einhergeht), daß andererseits die Schilddrüse hierbei wieder unter einem erregenden

Einfluß des Nervensystems steht. Infolge solcher Wechselbeziehungen besteht beim Basedow ein unheilvoller Circulus vitiosus, welcher die zunehmende Empfindlichkeit gegenüber körperlichen und psychischen Insulten erklärt. Die Erkenntnis der Noviassoziation soll uns von neuem »lehren, den Pat. als ein Ganzes zu betrachten, soll uns lehren, daß die Chirurgie mehr ist als Handwerk, die Medizin mehr als physikalische Diagnose und Arznei.«

Wilmanns (Bethel-Bielefeld).

---

4) **Waldow. Über Haifischbisse.** (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XV. Hft. 6. 1911.)

Verf. sah zwei der in der Literatur so seltenen Haifischbisse, einen oberflächlichen bei einem Fischer von einem im Netz gefangenen Haifisch und einen tiefen in den Weichteilen des Oberschenkels bei einem 14jährigen Batangamädchen. Der letztere zeigte einen riesigen Haut- und Muskellappen, der von der Kniekehle bis fast zur Mitte der hinteren Fläche des Oberschenkels hinaufreichte und an einem 15 cm breiten Stiel auf der medialen Seite des Oberschenkels hing. Die Maulspalte des Hais muß senkrecht gestanden haben. Die Zähne des Oberkiefers waren durch 2—9 cm lange tiefe Rißwunden in konzentrischer Anordnung auf der inneren und vorderen Seite des Oberschenkels abgezeichnet. Der Lappen heilte nicht an. »Offenbar ist mit dem Biß des Fisches eine starke Quetschung verbunden, aber vielleicht dürfte auch der Mundschleim der Selachier peptische Substanzen enthalten, welche das lebende Gewebe schwer schädigen und zur Gangrän führen.« Der Biß war erfolgt an der ästuariumartigen Mündung des Lobe in etwa 1 m tiefem Wasser oberhalb der Brandungswelle bei auflaufendem Wasser.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

5) **Schnee. Sechs an mir selbst beobachtete Skolopendrenbisse und einiges über Skorpionenstiche.** (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XV. Hft. 5. 1911.)

Die Skolopendren (Tausendfüße mit einem Beinpaar an jedem Körperringe) Saipans (Marianen) erreichen zwar nicht die Größe des indischen Riesentausendfußes, der bis 25 cm lang werden kann; es sind aber stattliche Geschöpfe von etwa 15 cm und mehr Länge. Sie leben als Raubtiere von allerlei Insekten und besitzen deshalb einen Giftapparat, der im Innern der beiden zugespitzten kräftigen Klauen liegt, an dessen Spitze seine Ausführungsgänge münden. Während ihr Gift Käfer und Spinnen augenblicklich lähmt, ist es für den Menschen völlig unschädlich. Allgemeinerscheinungen bleiben stets aus. Der Schmerz des Stiches hat Ähnlichkeit mit dem durch den Bienenstich hervorgerufenen, übertrifft ihn aber an Heftigkeit. Er hält mehrere Stunden an und erstreckt sich auch auf die Umgebung der gebissenen Stelle. Die Bißstellen, zwei rote, erbsengroße Flecke, zeigen in ihrer Mitte die beiden Zangenspuren. Die Tiere greifen den Menschen zweifellos nicht nur im Notfalle und zu Verteidigungszwecken an.

Auch der Stich des Skorpions der Südsee ist harmlos und an Stellen, die mit dickem Fettpolster versehen sind, wenig empfindlich. An anderen Stellen kann heftiger Schmerz und starke Schwellung folgen. Umschläge mildern beides.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

6) Scheben. Zwei Pseudogifttiere aus Deutsch-Südwestafrika; Chalia maledicta n. sp. genannt „Grasschlange“, Lygosoma sundevalli genannt „Springschlange“. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XIV. Hft. 22. 1910.)

Verf. leuchtet in die Schlangenmythen der Eingeborenen und weist nach, daß Grasschlange und Springschlange völlig harmlos sind. Erstere kann höchstens eine örtliche Erkrankung der Haut durch die mechanische Reizwirkung ihrer Haare oder durch kantharidenartige Stoffwechselprodukte erzeugen. Daß der Körper der Springschlange, zu den Echsen gehörig, ein wirksames Schutzmittel gegen giftigen Schlangenbiß für den Menschen enthält, ist wahrscheinlich. Doch steht der exakte Laboratoriumsnachweis noch aus.

Zur Verth (Wilhelmshaven).

---

7) Krause. Über Lygosoma sundevalli. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XV. Hft. 2.)

Einspritzen von 1 ccm 1 : 20 eines Extraktes aus einem 15 Jahre alten, getrockneten Stück einer Springeidechse (Lygosoma sundevalli) hatte beim Meerschweinchen, dem vorher eine tödliche Dosis von Kobragift eingespritzt war, zwar Ausbleiben der Gehirnlähmung zur Folge, doch verzögerte es den Tod nicht wesentlich. Extrakte aus Tieren, die in eben beginnender Fäulnis in Deutschland angekommen waren, hatten gar keine Wirkung.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

8) Wolff. Bilharzia in Deutsch-Ostafrika. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XV. Hft. 7. 1911.)

In Deutsch-Ostafrika ist die Bilharzia unter den Eingeborenen weit verbreitet. Sie bevorzugt auch hier Flußniederungen. Unter 1000 Untersuchten waren 34,8 auf Hundert der Männer, 17,9 der Weiber und 33,7% der Kinder bilharziakrank. Von den farbigen Soldaten waren 40,4% infiziert.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

9) S. L. Cummins. Notes on guinea-worm in the Sudan. (Journ. of the R. army med. corps. Vol. XVI. Hft. 1. 1911. Januar.)

Der Guineawurm wird besonders bei Eingeborenen beobachtet. Die im Wasser umherschwimmenden Larven dringen in kleine Krebse (Cyklops) ein und gelangen in diesen mit dem Trinkwasser in den Magendarmkanal. Durch die Darmwand ins Mesenterialgewebe ausgewandert, kopulieren hier Männchen und Weibchen. Erstere sterben ab, während letztere ihre Wanderung in das Unterhautzellgewebe meist der Beine beginnen. Dort pflegen sie sich etwa 12 Monate nach der Infektion zu zeigen. Die eingeborenen Truppen sind in verseuchten Gegenden zu 16—36% infiziert. Etwa 80% der Würmer haben an den unteren Extremitäten, 16% am Rumpf und 4% an Kopf und Arm ihren Sitz. Bei 20 Infizierten in Bahr el Ghazal war 12mal Unterschenkel und Fuß, 9mal die Gegend des Knies und 1mal der Oberschenkel Sitz des Wurmes. Oft findet man mehrere bei einem Infizierten; es wurden bis 7, im Durchschnitt 1,7 Würmer bei einem Infizierten gezählt. Das Weibchen kann lebhafte Schmerzen und örtliche Entzündung verursachen. Berührung mit Wasser löst beim Weibchen die Eiablage aus. Ähnlich wirken Extraktionsversuche und Spritzung mit Sublimat. Die beste, aber langwierigste Behandlungsmethode baut auf dieser biologischen Eigen-

schaft des Wurmes auf. Tägliche Dusche des in der kleinen Hautöffnung sichtbaren Kopfes des Wurmes mit sterilem Wasser führt stets Eiablage herbei. Nach Entleerung aller Embryonen läßt sich der Wurm leicht herausziehen oder fällt, wenn nicht erreichbar, der Resorption anheim. Einspritzungen mit Sublimat haben fast stets Abszeßbildung zur Folge. Entfernungsversuche des Wurmes vor völliger Eiablage führen leicht zum Zerreißen und damit ebenfalls zur Abszeßbildung. zur Verth (Wilhelmshaven).

---

10) **G. M. Gray. Unusual cases of onchocerca volvulus from lagos.** (Journ. of tropic. med. Bd. XIV. Hft. 7. 1911.)

Zwei Fälle von Filaria volvulus-Infektion, bei denen die Geschwulst abweichend vom gewöhnlichen Sitz einmal am unteren Teile des Os sacrum, einmal am Os pubis saßen. Da sie außerdem mit dem Periost zusammenhingen, wurde die Diagnose erst bei der Eröffnung gestellt.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

11) **Low. Filaria loa.** (Journ. of tropic. med. Bd. XIV. Hft. 1. 1911.)

Es ist nicht mehr zweifelhaft, daß die Calabarbeulen durch die Filaria loa hervorgerufen werden. Doch gibt es Calabarbeulen, bei denen der Nachweis der Filarien nicht gelingt, und umgekehrt Filarien, bei denen keine Beulen auftreten. Krankengeschichten beweisen diese Sätze. Genaue Größenbestimmungen der Microfilaria loa und Bankrofti werden mitgeteilt.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

12) **G. C. Low. The etiology of elephantiasis.** (Journ. of tropic. med. 1911. Hft. 6.)

Der endgültige Beweis, daß die Filaria Bankrofti die Ursache der Elephantiasis ist, steht noch aus; doch bezweifelt Verf. diesen Zusammenhang nicht. Aber es gibt zahlreiche Träger von Filaria Bankrofti ohne Krankheitserscheinungen. Bei zwei zunächst ohne Krankheitserscheinungen Infizierten konnte Verf. nach einer Reihe von Jahren das Auftreten von Elephantiasis nachweisen. Umgekehrt pflegen mit dem Auftreten von Elephantiasis die Mikrofilarien aus dem Blut zu verschwinden. Auch bei einem solchen Fall ließ sich feststellen, daß bei früheren Untersuchungen Mikrofilarien gefunden waren. Wo Filariasis häufig ist, ist Elephantiasis häufig; wo Filariasis selten ist, ist Elephantiasis selten; wo Filariasis fehlt, fehlt die endemische Elephantiasis. Aus der filariellen Lymphangitis entwickelt sich die Elephantiasis schrittweise. Sie setzt ein mit fieberhaften Anfällen, die sich in monatelangen Zwischenpausen wiederholen und mit ausgeprägter stets zunehmender filarieller Lymphangitis einhergehen. In seltenen Fällen entwickelt sich die Elephantiasis ohne jeden Fieberanfall schleichend und schmerzlos. Die Krankengeschichten von vier solchen Fällen werden mitgeteilt. Über die unmittelbare Veranlassung zu der Gewebszunahme weiß Verf. Neues nicht mitzuteilen. zur Verth (Wilhelmshaven).

---

13) **Bruce. Sambesi ulcer.** (Journ. of tropic. med. 1911. Bd. XIV. p. 1.)

Das Sambesigeschwür befällt fast ausschließlich den Fuß oder die unteren zwei Drittel des Unterschenkels. Von runder oder ovaler Form zeigt es wenig unterminierte, ausgestanzte Ränder, seichten, weichen, rötlichen Grund und durchaus wechselnde Größe, meist ist es solitär. Abheilung gewöhnlich in 4 Tagen bis

3 Wochen durch Granulation. Die zugehörigen Lymphdrüsen sind meist nicht geschwollen. Im Grunde lassen sich stets Spirillen und große fusiforme Bazillen nachweisen. Das Geschwür ist am Sambesi sehr verbreitet, und zwar hauptsächlich im flachen Grasland. Es hinterläßt einen gewissen Grad von Immunität.

zur Verth (Wilhelmshaven).

14) G. Ficchera. Sui recenti contributi alla dottrina dei neoplasmi (Blastomiceti e tumori). (Policlinico, sez. chir. XVIII. 3. 1911.)

Ausführliche Zusammenstellung der Arbeiten Cao's und Benaghi's über die Serologie und über den opsonischen Index bei den blastomycetischen Geschwülsten. Weiterhin werden die Versuche Franchetti's erörtert, der mit den Blastomyceten von Sanfelice Neubildungen erzeugen wollte, und ebenso die Experimente von Alessandri und Zapelloni, die mit dem Saccharomyces neoformans arbeiteten.

Eine eingehende sachliche Kritik führt zum Schluß, daß der einwandsfreie Nachweis eines Zusammenhangs von Blastomyceten und bösartigen Geschwülsten bisher noch nicht gelungen ist. Trotzdem glaubt Verf. nicht berechtigt zu sein, alle Theorien über den parasitären, insbesondere blastomycetischen Ursprung der Geschwülste fallen zu lassen.

M. Strauss (Nürnberg).

15) Seidelin. Experiences in Yucatan. (Journ. of tropic. med. Bd. XIII. Hft. 22. 1910.)

Aus den Erfahrungen des Verf.s, der auf eine 4jährige Tätigkeit in Merida (Yucatan) zurückblickt, seien seine Ansichten über Geschwülste unter den Yucatanbewohnern mitgeteilt.

Karzinome des Magens sind recht selten. Uteruskarzinome etwas weniger selten. Die Ursache der Spärlichkeit dieser Neubildungen gegen ihr Vorkommen in Europa liegt in der kurzen Lebensdauer der Tropenbewohner. Da das Karzinom das höhere Lebensalter bevorzugt, findet es geeignete Individuen nur spärlich vor, muß also seltener sein, als in Europa.

zur Verth (Wilhelmshaven).

16) Scheben. Etwas über die Medizin der Eingeborenen Deutsch-Südwestafrikas. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XIV. Hft. 21. 1910.)

Die von den Hereros wie Hottentotten und Bastards am meisten geübte und fast schulmäßig ausgebildete Heilmethode ist die Massage, und zwar kann man zwanglos eine Streich- und Knetmassage unterscheiden. Zu der Geschicklichkeit in ihrer Ausübung, die ausschließlich Frauen obliegt, steht die Indikationsstellung in argem Mißverhältnis. Es gibt kaum ein Leiden einschließlich Furunkel und Phlegmonen, bei dem nicht massiert wird. Eine große Rolle spielt die Massage auch in der Geburtshilfe, die sich im wesentlichen auf Korrektur von Fehllagen von den Bauchdecken aus beschränkt. Ein dunkles Kapitel ist die Hervorrufung des Aborts durch Massage von den Bauchdecken aus. Eine Art Bier'sche Stauung durch feste Umschnürung des Kopfes wird gegen Kopfschmerzen angewendet. Heilung des Rheumas wird mittels Kauterisation versucht.

Blutige Operationen sind sehr verhast. Doch sind Einschnitte bei örtlichen Hautinfektionen bekannt. Gegen Schlangenbiß werden Immunisierungsverfahren geübt.

Manche verständnisvollen und vernünftigen Züge werden durch einen tollen Wust von Zauberei und Aberglaube erstickt.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

17) **Fr. H. v. Tappeiner. Über Verletzung des Nervus opticus bei Schädelfrakturen.** (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 1.)

Die aus der Greifswalder Klinik hervorgegangene Arbeit berichtet über Leichenversuche, bei welchen mit einem schweren Holzhammer auf den temporalen Teil des Margo supraorbitalis je ein einziger Schlag ausgeführt wurde. Unter 12 Fällen wurden 11mal Schädelbasisbrüche erzielt; zweimal wurde seitliche Kompression angewendet, es entstanden gleichfalls Basisbrüche, die aber das Orbitaldach und das Keilbein unverletzt ließen. Unter den 11 Fällen war 6mal der Canalis opticus, 3mal der Sehnerv selbst betroffen. Einmal war das ausgebrochene Anfangsstück des Canalis opticus aus seiner Lage verschoben und der dort fixierte Nerv abgerissen; einmal war der linke Sehnervenkanal nach links verschoben, während der rechte in seiner Lage blieb; so wurden die Nerven überdehnt und es erfolgte ein Einriß in den rechten Nerven; einmal waren mehrere kleine Splitter aus dem Orbitaldach ausgebrochen, von welchen einer den N. opticus quer durchschnitten hatte und senkrecht zum Verlauf des Kanals in dessen untere Wand eingespießt war. In allen Fällen war der Nerv im weiteren Verlauf unverletzt, ebenso die Gefäße. Bei Basisbruch, der durch Trauma gegen den Margo supraorbitalis entstanden ist, stellen somit Verletzungen des Canalis opticus und des Sehnerven ein häufiges Vorkommnis dar. — Im Anschluß gibt Verf. einen Auszug aus einer Krankengeschichte der Greifswalder Klinik betreffend Schädelbruch mit Opticusverletzung durch Fall aus $4^{1}/_{2}$ m Höhe auf gepflasterten Hof. Trauma gegen das Stirnbein. Augenlicht links völlig erloschen, Pupille reagiert nicht, Augenspiegelbefund normal. Bei der Entlassung am 17. Tage keinerlei pathologische Erscheinungen mehr außer völliger Erblindung des linken Auges. Augenspiegelbefund: Beginnende einfache Atrophie der Papille.

H. Fritz (Tübingen).

---

18) **Henke. Ein Beitrag zur Prognose und Kasuistik der otitischen Hirnabszesse.** (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 346.)

H. hat aus der Universitäts-Ohrenklinik und aus der Ohrenabteilung des St. Joseph-Krankenhauses in Breslau 24 Hirnabszesse otitischen Ursprungs zusammengestellt. Operativ aufgesucht und entleert wurden 11 Großhirn- und 6 Kleinhirnabszesse; von diesen wurden 5 Großhirnabszesse geheilt (29,5%). Von den überhaupt beobachteten 24 Hirnabszessen wurden also nur 21% geheilt. Da diese Zahl durch die Zusammenstellung einer fortlaufenden Reihe von Hirnabszessen gewonnen wurde, gibt sie ein besseres Bild der Verhältnisse als es die Zusammenstellung einer größeren Zahl der in der Literatur mitgeteilten Fälle ergibt, da gewiß eine große Zahl nicht geheilter Fälle nicht veröffentlicht worden ist. Übereinstimmend mit H.'s Zahl gibt Hegener für die Heidelberger Ohrenklinik 21% Heilungen an, Heine 15% für die Berliner Univ.-Ohrenklinik, Körner für seine und Schmiegelow's Material 26,66%. Die Prognose ist also erheblich schlechter, als man früher angenommen hatte.

Wegen der Einzelheiten und der Symptomatologie der zusammengestellten Fälle muß auf das Original, sowie auf die Inauguraldissertation des Autors verwiesen werden.
Reinking (Hamburg).

---

19) Grünberg. Zur Pathologie tiefgelegener epiduraler Abszesse und ihrer Beziehung zur Labyrinthentzündung. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 241.)

Bei einem 60jährigen Buchhalter kam es im Verlauf einer akuten Otitis media zu Einschmelzung am Warzenfortsatz. Dieser wurde operativ eröffnet und zugleich ein perisinuöser Entzündungsherd freigelegt. Anfangs war das Befinden gut, dann setzten unter Fiebersteigerung Menière'sche Symptome ein, die nach wenigen Tagen wieder abklangen. Eine Woche später trat eine Meningitis hinzu, der Pat. schnell erlag.

Die makroskopische und mikroskopische Autopsie ergab, daß von Zellen in der Umgebung des Antrums oder solchen nahe dem oberen bzw. hinteren Bogengang aus ein extraduraler Abszeß an der hinteren Pyramidenfläche entstanden war. Von hier aus war die Labyrinthkapsel arrodiert und das Labyrinth infiziert worden. Ob die tödliche Meningitis von der eitrigen Labyrinthitis induziert oder einem Durchbruch des Extraduralabszesses in die hintere Schädelgrube zur Last zu legen war, ließ sich mit Sicherheit nicht feststellen.

Reinking (Hamburg).

---

20) Lannelongue. Kystes dermoïdes intra-craniens. Demonstration de leur origine ectodermique. Nouveau signe caractéristique pour diagnostiquer ces tumeurs. (Bull. de l'acad. de méd. 1910. Nr. 14.)

Anatomische Studie über die sehr seltenen intrakraniellen Dermoidcysten, wovon L. eine schon im Jahre 1886 beschrieben hat. Bei einer anderen solchen Cyste des Kleinhirns von Orangengröße, die mit der Protuberantia occip. interna verwachsen war, war ein fibröser Strang von dieser Stelle der Oberfläche bis in den Knochen hinein zu verfolgen, der sich außerhalb des Schädels von den tiefen Hautschichten der korrespondierenden Stelle wieder in den Knochen hinein verfolgen ließ.

Diese Beobachtung wirft Licht auf den Entstehungsmechanismus dieser tiefen Dermoide. Da das Ektoderm schon vor dem Knochen gebildet ist, können sich Geschwülstchen seiner tiefen Partien in die Gehirnoberfläche hinein entwickeln und werden von dem nachwachsenden Knochen bis auf den beschriebenen Strang abgeschnitten.

Bei weniger entwickelten Graden kommt es nur zu einer Dellung des Knochens durch die Cyste.

Diese Verwachsung der Haut mit dem Knochen an der Stelle der intrakraniellen Cyste ergibt aber auch nach Ausschaltung anderer in Betracht kommender Möglichkeiten einen wichtigen diagnostischen Anhaltspunkt.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

21) Blair. Notes on trifacial neuralgia treated by deep injections. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 5. 1911.)

B. berichtet über seine Erfahrungen an 20 Fällen von Trigeminusneuralgie, von denen er 15 mit Injektionen in die Gegend der Austrittsstellen der Nervenäste aus dem Schädel behandelt hat.

Anfangs führte er diese Injektionen mit 70%igem Alkohol, dann unter Zusatz von Kokain zu 70%igem Alkohol aus; zuletzt bediente er sich einer Lösung von 2% Novokain, 6% Chloroform, 22% Wasser und 70% Alkohol.

Teilweise gelang es ihm, durch die Injektion totale Anästhesie im Bereiche des betreffenden Nervenastes zu erzielen, und zwar in 12 Fällen; von diesen waren 8 nach einer Beobachtungsdauer von 3 Wochen, 3 Monaten, 6 Monaten, 7 Monaten, 8 Monaten, 10 Monaten und 3 Jahren noch frei von Anfällen; dabei hatte dieser letzte Pat. 9 Jahre ununterbrochen an Schmerzanfällen gelitten. Von den 4 rezidivierten Pat. sind 3 ganz erheblich gebessert, 1 ist Morphinist geworden; das Rezidiv kam schon nach wenigen Wochen in allen diesen Fällen.

Bei den übrigen 3 Fällen kam es nur zu einer Gefühlsabstumpfung nach der Injektion und damit zu einer mehr oder weniger erheblichen Besserung; zwei davon sind aus der Behandlung fortgeblieben, bei dem dritten hat die Besserung anscheinend standgehalten. W. v. Brunn (Rostock).

---

22) Steiner (Surabaya). Über Keloide der Ohrläppchen bei den Javanen. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XV. Hft. 1. 1911.)

Die harten, runden oder unregelmäßig gelappten Knoten, die am Ohrläppchen hängen, sind echte Keloide. Läßt man sich durch ihr fibromähnliches Aussehen — die narbige Stelle am Ohrringloch ist nur bei genauerem Zusehen zu finden — verleiten, die Geschwülste abzutragen, so erscheinen sie sicher wieder. Diese auch in Europa, aber recht selten vorkommenden Keloide der Ohrläppchen sind bei den Malayen Javas recht häufig. zur Verth (Wilhelmshaven).

---

23) Henrich. Die zirkumskripte Knotentuberkulose des Ohrläppchens. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankheiten d. Luftwege Bd. LXII. p. 334.)

Nach Aufzählung der in der Literatur beschriebenen Fälle von knotiger Tuberkulose des Ohrläppchens beschreibt H. einen weiteren Fall aus der Heidelberger Ohrenklinik. Das linke Ohrläppchen der Pat. war in eine walnußgroße, breit aufsitzende Geschwulst von knolliger Beschaffenheit umgewandelt. Die Geschwulst fühlte sich derb an, so daß zunächst an ein Fibrom gedacht wurde. Doch zeigte die histologische Untersuchung der operativ entfernten Geschwulst, daß es sich um eine Tuberkulose mit starkem Vorherrschen epitheloider Zellen handelte. Ein halbes Jahr nach der Exzision rezidivierte die Geschwulst, und es zeigten sich an der hinteren Seite der Ohrmuschel und der gegenüberliegenden Kopfseite zahlreiche Lupusknötchen.

Ätiologisch ist besonders das Durchstechen des Ohrläppchens und das Anlegen von Ohrringen anzuschuldigen. Reinking (Hamburg).

---

24) S. M. Burak. Über Korrektion eingesunkener Nasen und eingezogener Nasenflügel bei Kindern. (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 10 u. 11.)

B. injiziert kalte Mischungen von hartem und weichem Paraffin (43—48° Schmelzpunkt, je nach Rigidität der Haut), in kleinen Dosen, 0,1—0,3 ccm. Er hat einen eigenen Apparat zur Sterilisation des Paraffins, eine eigene Ekraseurspritze und einen Kompressor für die Nase konstruiert. In neun Fällen — von denen fünf abgebildet sind — erzielte er bei Kindern von 3—14 Jahren sehr gute Resultate. Durch Kombination der subkutanen bzw. submukösen Ablösung und

Durchtrennung narbig kontrahierter und eingezogener Teile auf dem Nasenrücken und -Flügeln mit der Paraffinoplastik kann man sehr gute Erfolge auch bei schweren narbigen Faltungen und Einziehungen der Nasenflügel erzielen. Diese Methode soll demnächst ausführlich veröffentlicht werden. Gückel (Kirssanow).

---

25) Harrass und Suchier (Hannover). Über ein Angiom der Parotis. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

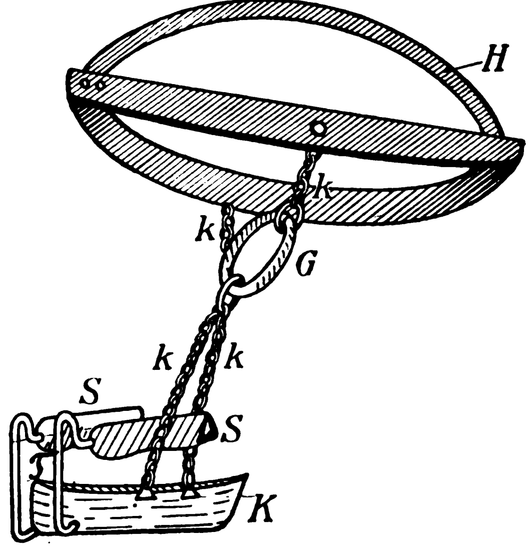
H. berichtet über ein echtes Angiom der Parotis bei einem 8 Wochen alten Kinde, das indessen bei der Autopsie am Lebenden während der Operation durchaus nicht den Eindruck einer Gefäßgeschwulst machte, sondern nur den einer Neubildung. Aus diesem Grunde ließ sich H. beeinflussen, an Stelle der für solche Fälle indizierten Radikaloperation nur die partielle Exstirpation auszuführen. Die von S. ausgeführte histologische Untersuchung ergab mit Sicherheit ein angeborenes Angioma hypertrophicum simplex der Parotis.

Verff. machen auf die Schwierigkeit aufmerksam, die derartige kleine Geschwülste der Diagnose machen können. Man darf sich durch den Operationsbefund an der Diagnose nicht irre machen und zum Abbrechen oder zur unzureichenden Ausführung der Operation verleiten lassen. Wegen des Geschwulstcharakters verlangt das kongenitale Parotisangiom eine radikale und wegen der mit der Größe der Geschwulst wachsenden Blutungsgefahr eine möglichst frühzeitige operative Behandlung. Deutschländer (Hamburg).

---

26) Sohrlat et Pénelet. Appareil applicable aux luxations ou fractures du maxillaire inférieur. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1910. November.)

Die Verff. haben einen Apparat konstruiert, welcher den gebrochenen oder wieder eingerenkten Unterkiefer in ruhiger Lage erhält und trotzdem das Öffnen des Mundes zur Ernährung gestattet. An einer Bügelhaube (*H*) ist vermittels Ketten (*K*) eine Aluminiumrinne (*K*) befestigt, auf welcher der Unterkiefer ruht. Durch dünne Metallstangen sind mit dieser Rinne zwei Kautschukschienen (*S*) verbunden, welche im Munde den Backzähnen aufliegen und so den Unterkiefer festhalten. An den Ketten befindet sich als Zwischenstück der dehnbare Gummiring (*G*), der vermöge seiner Elastizität das Öffnen des Mundes gestattet. Der Apparat bewährte sich in einem Falle von rezidivierender Unterkieferverrenkung.



Herhold (Brandenburg).

---

27) **Wittiger. Zähne und Trauma.** Deutsche Zahnheilkunde in Vorträgen. Hft. 16. 54 S. mit 70 Textabbildungen u. 4 farbigen Tafeln. Leipzig, Georg Thieme, 1911.

Verf. hat, wie er selbst angibt, der großen praktischen Bedeutung entsprechend, die die Verletzungen der Zähne haben, aus den Lehrbüchern der Zahnheilkunde und den sonst in der Literatur zerstreuten Abhandlungen über diesen Gegenstand die bisherigen Erfahrungen in Form einer klinischen Studie zusammengestellt und zugleich sein reichhaltiges Beobachtungsmaterial dabei verwertet.

Er behandelt die Schädigungen der Zähne durch Abschleifung, die Verletzungen durch äußere plötzliche Gewalteinwirkungen und schließlich das Trauma der Zähne in sozialer und gerichtlicher Beziehung; letzterem Kapitel fügt er mehrere gerichtliche Gutachten hinzu.

Die Schreibweise ist klar und die zahlreichen guten Abbildungen erleichtern das Verständnis. Fehre (Freiberg).

---

28) **M. T. Zytowitsch. Zur Therapie der Tonsillitis.** (Neues in der Medizin 1911. Nr. 4. [Russisch.])

Solange die Bedeutung der Mandeln für den Organismus unaufgeklärt bleibt, müssen wir ihre Erkrankungen — besonders bei Kindern — möglichst konservativ behandeln. Z. empfiehlt Massage: mit dem Finger zirkulär um die Mandel, zehnmal in einer Richtung, zehn mal in der entgegengesetzten, dreimal wöchentlich, 2—3 Monate lang. 25—30 Sitzungen genügen für die schwersten Fälle (sechs Krankengschichten). Die Methode ist schmerz- und gefahrlos, und nur bei Exazerbation der Entzündung widerraten. Hilft die Massage nicht, dann Kauterisation der Lakunen, besonders bei Hypertrophie auf Basis der chronischen lakunären Angina. — In einem der beschriebenen Fälle kehrte die Hypertrophie nach Tonsillotomie wieder; Massage brachte die Mandel — wie auch die andere, nicht operierte — zur Norm. Gückel (Kirssanow).

---

29) **Hermann Müller (Bergenweiler, Württ.) Zur Diagnose der Frakturen und Luxationen der Halswirbelsäule.** Inaug.-Diss., Straßburg, 1909.

Eine fleißige Arbeit, die bei der Beurteilung der einschlägigen Verletzungen von Wert ist. An der Hand einer Reihe von Fällen aus der Straßburger chirurgischen Klinik führt Verf. den Nachweis, daß den Halswirbelverletzungen eine bessere Prognose zukommt als gemeinhin angenommen wird, insofern als auch bei schweren Brüchen und Verrenkungen Lähmungserscheinungen nicht unbedingt aufzutreten brauchen. Praktisch wichtig ist diese Tatsache für die Gutachtertätigkeit, wenn es sich um fälschlich als »Distorsionen« der Halswirbelsäule aufgefaßte Verletzungen handelt, weil hier leicht, wie an Beispielen gezeigt wird, den Unfallpatienten Unrecht getan wird, wenn man die wahre Natur der Verletzung nicht erkennt und dann nur allzu leicht geneigt ist, Simulation oder Übertreibung der Beschwerden anzunehmen. Die Röntgenuntersuchung hat den Ausschlag zu geben. Ein besonders interessanter Fall sei hier kurz erwähnt:

Ein 33jähriger Mann geriet unter seinen umkippenden Wagen. Nur für einen Augenblick Schwinden des Bewußtseins. Sofort heftige Schmerzen im Genick und rechten Arm. Beide Beine waren »wie gelähmt«. Keine abnorme Kopfhaltung. Zwei blutende Wunden am Kopf. Der Arzt nahm »multiple Quet-

schungen« an, ließ feuchte, kühle Umschläge machen und verordnete Bettruhe. In der Folgezeit besserten sich die Schmerzen im Genick, in Arm und Beinen bedeutend, nur blieb in den Extremitäten eine leichte Schwäche zurück. Nach 4 Wochen Aufnahme in die Straßburger Klinik. Der Kopf war damals stark nach vorn gebeugt, zugleich wenig nach rechts gedreht, das Kinn leicht nach links, die rechte Schulter war in die Höhe gezogen. Drehbewegungen des Kopfes frei. Beugung und Streckung des Halses in leichtem Grade ausführbar, die Beugung besser als die Streckung. Abduktion am meisten nach links eingeschränkt. Starke Lordose der Halswirbelsäule. In liegender Haltung glich sich die abnorme Kopfhaltung völlig aus. Der rechte Arm konnte nur bis zur Horizontalen erhoben werden, sonst war die Motilität nicht gestört. Die rohe Kraft war rechts stark herabgesetzt. Sensibilität und Reflexe normal. Das linke Bein konnte in der Hüfte nicht maximal gebeugt werden, sonst motorische Kraft etwas herabgesetzt. Keine Sensibilitätsstörungen. Reflexe vielleicht etwas gesteigert. Kein Babinski, kein Klonus. Die Röntgenaufnahme ergab folgendes: 1) Ausgesprochene Lordose im Bereich des IV. bis VI. Wirbels. 2) Hochgradige Veränderungen an den Wirbelkörpern IV bis VII (Vertebra IV in den unteren Partien leicht komprimiert, Vertebra V zeigt Schrägbruch mit starker Verlagerung des einen Bruchstücks nach vorn, aus Vertebra VI ist ein Keil ausgebrochen und nach oben und vorn gelagert, Vertebra VII zeigt leichte Kompression in den vorderen oberen Partien). 3) Bogenbruch Vertebrae VI. 4) Luxation der VI. Halswirbels nach vorn. 5) Überall ausgedehnte kallöse Bildung und arthritische Veränderungen.

Also eine enorme Zertrümmerung und trotzdem nur die Erscheinungen einer leichteren Verletzung der Halswirbelsäule! Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

30) J. Tanton. Les fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires. (Revue de chir. XXX. ann. Nr. 12.)

Die isolierten Brüche der Lendenwirbelfortsätze entstehen fast immer durch Muskelzug (Psoas, Quadratus lumborum und Erector trunci), sehr selten durch direkte Gewalt, wodurch aber mehrere Fortsätze einer Seite brechen müssen, da eine direkte Gewalteinwirkung, die nur einen Fortsatz bricht, kaum denkbar ist. Die Bruchlinie verläuft schief und sitzt im Hals des Querfortsatzes. Die Dislokation ist meist beträchtlich.

Für die Diagnose ist wichtig der Schmerz bei verschiedenen Bewegungen, insbesondere beim Erheben des Beines in Rückenlage (Psoaskontraktion!). Beim Bruch des ersten Fortsatzes ist die Atmung behindert. Eine sichere Diagnose läßt sich meist nur mit Röntgen stellen. Die Diagnose traumatischer Lumbago ist daher nur nach negativem Röntgenbefunde zulässig.

Bei sehr hartnäckigen Beschwerden empfiehlt T. die Exstirpation des abgebrochenen Stückes.

T. berichtet von zwei Soldaten, welche den Bruch des linken V. bzw. IV. und V. Lendenwirbelquerfortsatzes durch Fall auf die Füße aus größerer Höhe erlitten und stellt 17 Fälle isolierter Brüche aus der Literatur zusammen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

31) Plate. Über die Anfangsstadien der Spondylitis deformans. (Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 5.)

Für gewöhnlich bekommt man nur ältere Stadien in der obengenannten Krankheit zu Gesicht. Verf. hat nun den Frühstadien ganz besonders seine Auf-

merksamkeit zugewandt und gefunden, daß wir diese durch das Röntgenbild nachweisen können. In zehn Fällen führt uns Verf. die Röntgenbilder vor, in einem Falle das anatomische Präparat.

Die Erfahrung auf dem Leichentisch lehrt, daß die Spondylitis deformans eine sehr häufige Erkrankung besonders in späteren Jahren bei Leuten der arbeitenden Klasse ist; in vielen Fällen verläuft das Leiden vollkommen symptomlos.

Für die Entstehung des Leidens und für sein Fortschreiten spielt das Trauma eine große Rolle, besonders wenn die Wirbelsäule nicht ihre normale Biegung hat oder sonst die statischen Verhältnisse verändert sind, besonders wenn außerdem der Schutz einer kräftigen Muskulatur fehlt.

Da es durch das Röntgenverfahren möglich ist, frühe Stadien des Leidens richtig zu erkennen, müssen wir dasselbe in allen Fällen zur Anwendung bringen, wo die Klagen der Pat. auf die Wirbelsäule hinweisen, auch schon vor dem 50. Lebensjahre. — Beschwerden, die zur Wiederkehr neigen, entstehen auch nach längerem beschwerdefreien Bestehen des Leidens in ähnlicher Weise wie beim sogenannten entzündlichen Plattfuß. — Zur Behandlung dieser Zustände sind Hitze und Hautreize sehr geeignet. — Zur Wiedererlangung völliger Leistungsfähigkeit ist zeitweiliges Tragen eines Stützkorsetts das beste Mittel, das sogar einem weiteren Fortschreiten des Leidens entgegen zu wirken vermag.

Somit können wir nach Verf. die Prognose des Leidens, die bisher als völlig ungünstig galt, günstiger stellen.

Gaugele (Zwickau).

---

32) McCrae. Typhoid spine, with the report of two additional cases with bony changes in the vertebrae. (Bull. of the Johns Hopkins hospital 1911. März.)

Zwei neue Fälle von Erkrankung der Wirbelsäule nach Typhus. In einem der Fälle war keinerlei Schmerzhaftigkeit vorhanden. Die Röntgenaufnahmen zeigten in beiden Fällen ausgeprägte Knochenneubildungen an und neben den Wirbeln; es bestanden Bewegungsstörungen im unteren Teile der Wirbelsäule. Schließlich sind beide Pat. wieder ganz gesund und leistungsfähig geworden.

W. v. Brunn (Rostock).

---

33) Z. B. Adams (Boston). A case of scoliosis relieved by operation on the transverse process of one of the vertebra. (Amer. journ. of orthopedic surgery 1910. November.)

Verf. hat in dem Falle eines 16jährigen skoliotischen Mädchens durch operative Entfernung des rechten Processus transversus des V. Lendenwirbels nicht nur eine Beseitigung der vorher bestehenden subjektiven Beschwerden, sondern auch, wie die Abbildung zeigt, eine merkliche Besserung der Skoliose erzielt. Nach der Operation bestand für kurze Zeit eine geringe Schwäche des rechten Fußes und Hyperästhesie des Fußrückens.

H. Bucholz (Boston).

---

34) Edmund Mannheimer. Über Heilung scheinbar inoperabler Wirbelsarkome durch Arsentherapie. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die aus Voelcker's Direktorialzeit der Heidelberger Klinik stammende Arbeit berichtet über drei Fälle von Wirbelsarkom, wovon einer in der Heidelberger Klinik, zwei in der Sick'schen Abteilung des Krankenhauses Hamburg-Eppendorf behandelt wurden. Gemeinsam ist den Fällen der mikroskopische

Charakter eines weichen Spindelzellensarkoms mit Riesenzellen und myxomatösen Partien, der anfänglich bösartige Verlauf, der Durchbruch in Muskeln und Knochen, so daß die Geschwülste nicht radikal operiert werden konnten, endlich die günstige Beeinflussung durch nicht radikale Operation mit nachfolgender intravenöser Arsentherapie (besonders Atoxyl). Ein Pat. war nach 5 Monaten noch rezidivfrei, einer bei der Nachuntersuchung nach 4 Jahren völlig gesund, angeblich noch viele Jahre später rezidivfrei und gesund; der dritte Pat. blieb während 2jähriger Atoxylbehandlung rezidivfrei, bald nach dem Aussetzen der Behandlung trat eine neue Geschwulst auf, der Pat. 3 Jahre nach der Operation trotz erneuter Atoxyldarreichung erlag. H. Fritz (Tübingen).

---

35) Inglis, Klingmann and Ballin (Detroit). Extramedullary spinal cord glioma. (New York med. journ. 1910. November 16.)

Der vorliegende Fall ist nach Kenntnis der Verff. der einzige mit vollständigem Erfolg geheilte Fall eines extramedullären Glioms des Rückenmarks, der in der Literatur beschrieben worden ist. Gliome des Rückenmarks sind überhaupt relativ selten; unter 125 in der Literatur gesammelten Fällen von Geschwülsten des Rückenmarks fanden sich nur 16 Gliome. Aus der ausführlichen und interessanten Krankengeschichte sei hervorgehoben, daß der Verlauf des Falles sehr an den Brown-Sequard'schen Symptomenkomplex erinnert. Das zuerst auftretende und am meisten charakteristische Symptom war lokalisierter Schmerz, der richtig auf eine Reizung der VII. Nervenwurzeln zurückgeführt worden ist. Bei der Operation, die einzeitig ausgeführt wurde und, obwohl vier Wirbelbögen entfernt werden mußten, nicht länger als 20 Minuten dauerte, fand sich eine Geschwulst, die von der subpialen Neuroglia des Rückenmarks und der hinteren Wurzel des VII. hinteren Spinalnerven ausging. Sie war 29 : 16 mm groß und stellte sich dar als ein Gliom. H. Bucholz (Boston).

---

36) L. M. Pussep. Die operative Behandlung der Geschwülste der Rückenmarkshäute. (Russki Wratsch 1911. Nr. 10.)

Drei Fälle, Männer. 1) Innerhalb 2 Jahren entwickelte sich spastische Lähmung der unteren und atrophische schlaffe Parese der oberen Extremitäten. Bei der Operation wurden die Bogen des VI. und VII. Hals- und des I. Brustwirbels reseziert. Traubenförmiges Spindelzellensarkom, aus der weichen Hirnhaut hervorwachsend. Nach der Operation schwanden nach und nach die Lähmungserscheinungen. Doch entstand bald eine neue Geschwulst über dem rechten Schlüsselbein, die das Nervengefäßbündel des rechten Armes umwachsen hatte und mit Schlüsselbein und Wirbelsäule verlötet war. Tod 6 Monate nach der Operation der ersten Geschwulst. Die Geschwulst war ein Spindelzellensarkom, unabhängig vom Wirbelkanal; in letzterem kein Rezidiv. — 2) 40jähriger Pat., seit $3^1/_2$ Jahren krank. Spastische Lähmung der unteren Extremitäten. Kleinhaselnußgroße Cyste unter der Pia des IV. und V. Brustwirbels, etwas höher eine erbsengroße Geschwulst, scheinbar aus der Pia entspringend (spindelzelliges Myosarkom). Vollständige Heilung — nach 6 Monaten kann Pat. ohne Stock 4 km weit gehen. — 3) 26jähriger Landmann, vor 4 Monaten von einem Baum herabgestürzt. Lähmung der unteren Extremitäten. Entsprechend dem IX.—XI. Brustwirbel (der Bogen des X. Wirbels war nach Fraktur unregelmäßig geheilt) fand man Verdickung und zahlreiche Stränge an der Dura und unter der Pia eine haselnußgroße Cyste (hämatomyelitischen Ursprungs). In diesem Falle trat keine Heilung, wohl aber bedeutende Besserung der Lähmungserscheinungen ein.

Schlußfolgerungen: Die Operation der Rückenmarksgeschwülste gibt glänzende Resultate, wenn die Rückenmarkssubstanz unversehrt ist. Selbst langdauernde Kompression des Markes ist keine Gegenanzeige für die Operation. Die Wiederherstellung der Mortalität und der Sensibilität geschieht allmählich. — Der Befund in den ersten zwei Fällen ist abgebildet.

Gückel (Kirssanow).

---

37) **Moffit and Sherman. Tumor of the spinal cord.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 27. 1910.)

Bei einer 33 Jahre alten Pat. ließ sich mit Sicherheit die Diagnose auf eine zunehmende Erkrankung des Dorsalmarks etwa in seiner Mitte stellen. Schließlich konnte die Kranke gar nicht mehr gehen, es bestand beiderseits Pes equinus, die Sensibilität war von der Höhe des Nabels abwärts für alle Qualitäten bis auf eine Zone an der Außenseite des rechten Unterschenkels schwer gestört, die Reflexe stark gesteigert, die Kontinenz für Harn und Stuhl zeitweise ganz aufgehoben.

Es wurden die Bogen des V., VI., VII., VIII. und IX. Brustwirbels samt Dornfortsätzen reseziert und ein 2 : 1 cm großes Fibrom gegenüber dem VI. Brustwirbelkörper, dem Rückenmark aufsitzend und an der Dura verwachsen, entdeckt und leicht entfernt. Nach 31 Tagen konnte Pat. wieder geben und wurde völlig gesund.

W. v. Brunn (Rostock).

---

38) **Flexner and Clark. Experimental poliomyelitis in monkeys. Ninth note.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 8. 1911.)

In dieser Publikation über ihre Experimente an Affen mit Poliomyelitis betonen die Verff. den hohen therapeutischen Wert des Urotropins; zur Stellung der Frühdiagnose ist die chemische und mikroskopische Untersuchung der Spinalflüssigkeit von besonderer Wichtigkeit.

W. v. Brunn (Rostock).

---

39) **Hough and Lafora (Washington). The cerebrospinal fluid in acute anterior poliomyelitis. A preliminary note.** (New York med. journ. 1910. November 5.)

Während der letzten Epidemie von spinaler Kinderlähmung in Washington hatten Verff. Gelegenheit, elf akute Fälle eingehend zu untersuchen. Die Spinalflüssigkeit war stets vollkommen klar, der Druck im Spinalkanal ein wenig gesteigert, die Eiweißmenge vermehrt, mäßige Vermehrung des Zellgehaltes. Im Beginn weisen die polymorphen Leukocyten den größten Prozentsatz auf. Nach dem 5. oder 6. Tage verschwinden diese zuweilen, und zwar, wie die Verff. annehmen, infolge der phagocytischen Tätigkeit der Makrophagen, die zuweilen 10 bis 20 Chromatinkörperchen enthielten, die Reste der polymorphen Leukocyten. In frühen Fällen findet sich eine Anzahl von veränderten roten Blutkörperchen, später sieht man zahlreiche Lymphocyten, einige Plasmazellen, wenige Körnchenzellen und Makrophagen und gelegentlich Mastzellen. Verff. weisen auf die Ähnlichkeit dieses Befundes mit dem bei verschiedenen Protozoenaffektionen des Nervensystems hin und sprechen die Ansicht aus, daß die Poliomyelitis möglicherweise durch Protozoen verursacht ist, wenn es ihnen auch nicht möglich war, dafür Beweise zu erbringen.

H. Bucholz (Boston).

---

40) Pierre Delbet. L'ostéotomie dans le traitement de la maladie de Little. (Bull. de l'acad. de méd. 1910. Nr. 17.)

In dem von Kirmisson erstatteten Referat wird die Operation Förster's nur kurz erwähnt. Eigene Erfahrungen fehlen hierüber. Er empfiehlt Sehnendurchschneidungen, die, unterstützt durch Apparatbehandlung, gute Resultate geben können. Eine unbedingte Voraussetzung für das Gelingen ist eine gewisse Intelligenz des Kindes. Für diejenigen Fälle, bei denen danach noch eine starke Innenrotation zurückbleibt und das Aneinanderreiben der Knie den Gang behindert, schlägt D. eine quere subtrochantere Osteotomie vor.

K. hat das Ergebnis eines Falles mitbeobachten können und nennt dasselbe sehr befriedigend. Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

41) H. Schloessmann. Die Entstehung des angeborenen muskulären Schiefhalses. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXI. Hft. 1.)

Die aus der Leipziger chirurgischen Poliklinik hervorgegangene Arbeit berichtet über 24 genau beobachtete, zum größten Teil auch histologisch untersuchte Fälle von Schiefhals aus dem Frühstadium des Krankheitsprozesses, darunter 13 im 1. Lebensjahre, 6 innerhalb der ersten 6 Lebenswochen. S. untersucht dieses Material hauptsächlich nach den Gesichtspunkten der makro- und mikroskopischen Muskelveränderungen, der Veränderungen am knöchernen Schädel und den Gesichtsweichteilen und des Nachweises hereditärer Beziehungen. Er kommt zu folgenden Ergebnissen:

Das Caput obstipum congenitum ist eine auf ischämischer Muskellähmung und Kontraktur des Kopfnickers beruhende Erkrankung. Histologische Untersuchungen aus dem Frühstadium des C. o. geben weder einen Anhalt für bei der Geburt erfolgte gröbere Verletzungen der Muskelsubstanz (Stromeyer), noch für eine infektiöse Muskelentzündung (Kader, Mikulicz). Die Kopfnickerischämie kann im letzten Stadium des Fötallebens und bei der Geburt erzeugt werden. Ihre häufigste und wahrscheinlichste Entstehungsweise ist die von Voelcker zuerst beschriebene, durch abnorme intra-uterine Belastung. Die sekundäre Schädel- und Gesichtsveränderungen bei C. o. sind nur dann als Beweise für pathologischen Uterusdruck anzusehen, wenn sie bei neugeborenen Schiefhalskindern bereits in den ersten Lebenswochen beobachtet werden (in S.'s Material 6mal). In höherem Alter ist die Beeinflussung der Kopfskoliose durch postfötale Wachstumsstörungen nicht ausgeschlossen. Die von Voelcker beschriebene »Halsgrube« bei schiefhalsigen Neugeborenen — von S. zweimal beobachtet — ist beweisend für intra-uterine Raumbeschränkung. Die Möglichkeit einer Entstehung des C. o. durch primären Keimfehler (Joachimsthal, Wollenberg) wird widerlegt durch die histologischen Muskelbefunde aus dem Frühstadium des Prozesses. Auch bei den Fällen von sogenanntem vererbtem C. o. und multipel in einer Generation auftretendem Schiefhals (drei eigene Beobachtungen) sind äußere Ursachen für die Entstehung verantwortlich zu machen. Dem typischen Symptomenkomplex ist die in den meisten Fällen vorhandene Ohrasymmetrie hinzuzufügen, auf die Voelcker zuerst aufmerksam gemacht hat. Für die seltenen Fälle des im späteren extra-uterinen Leben durch Trauma erworbenen Schiefhalses kommt gleichfalls eine ischämische Genese in Frage.

H. Fritz (Tübingen).

---

42) Chevrant. Note sur l'étiologie du goître. (Arch. de méd. et de pharm. militaires 1911. Januar.)

Eine junge Französin, in deren Familie kein Kropf vorgekommen war, wird in eine Pension nach einer Gegend Ober-Bayerns geschickt, in welcher Kropf endemisch ist. Sie und eine junge Engländerin trinken das Brunnenwasser im Ort und bekommen beide einen Kropf. Die junge Französin kehrt nach Frankreich zurück, und hier geht unter Behandlung mit äußerlich Jod und innerlich Thyreoidin der Kropf schnell zurück. Herhold (Brandenburg).

---

43) Diesing. Die Wirkung von Schilddrüsenextrakt auf Magen-Darmkrebse. (Med. Klinik 1911. p. 458.)

15 Fälle von Krebs des Magendarmkanals. Meist wurden dreimal täglich zwei Tabletten Thyrochrom zu 0,025 (Äther-Alkohol-Auszug der Kalbs- oder Schafschilddrüse), sowie gleichzeitig eine heiße einstündige Packung der Magengegend gegeben; einmal wurde im Abstande von je 3 Tagen 0,3—0,7 Thyrochromlösung sechsmal in die Gesäßmuskeln gespritzt. Es sollte der zähe, starkes Würgen und Erbrechen hervorrufende Magenschleim gelöst werden. Wenn D. auch nicht von Heilung spricht, so beobachtete er doch erstaunliche, langdauernde Besserungen (Rückbildung der tastbaren Verhärtung, der Verengerungserscheinungen, der Verdauungsstörungen, Hebung des Kräftezustandes, Zunahme des Körpergewichts). Eine Nachprüfung wird empfohlen. Das Mittel liefert Laboschin-Berlin. Georg Schmidt (Berlin).

---

44) W. A. Beljajew. Zur Frage von den Blutveränderungen bei Basedow und Kropf. (Russki Wratsch 1911. Nr. 7.)

Fünf Fälle von Basedow und 15 von Kropf. Durchschnittsresultate der Blutuntersuchung: Hämoglobingehalt bei Basedow 67%, bei Kropf 75,5%, Erythrocyten 3 770 000 (4 295 000), Leukocyten 5750 (6840), Neutrophilen 2630 = 46% (3611 = 53%), Eosinophilen 44 = 1% (118 = 2%), Lymphocyten 2750 = 48% (2754 = 40%), große mononukleäre 150 = 3% (279 = 4%), Übergangsformen 147 = 2% (88 = 1%). Die Blutveränderungen sind also bei Basedow und Kropf dieselben, nur bei ersterem meist etwas stärker ausgeprägt; sie können also nicht für die differentielle Diagnose dieser Krankheiten verwertet werden.

Gückel (Kirssanow).

---

45) Kappis. Über Gehirnnervenlähmung bei der Basedow'schen Krankheit. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin und Chirurgie Bd. XXII. Hft. 4.)

K. berichtet über vier Fälle, welche unter 25 Basedowfällen der Kieler chirurgischen Klinik in den letzten 2 Jahren beobachtet wurden. 1) Bei mittelschwerem Basedow Lähmungen an den Augen, im Gebiet des Facialis und Vagus; letztere bilden sich zurück, dagegen bleibt trotz Operation beiderseitige Lähmung des Oculomotorius mit Ausnahme der inneren Äste, des Trochlearis und Abducens. 2) Lähmung des linken Gaumensegels, besteht 10 Monate nach sonst durchaus erfolgreicher Operation noch fort. 3) Schluckstörungen — dauerndes Verschlucken beim Trinken wie auch beim Essen fester Nahrung —; Tod 4 Stunden nach der linkseitigen Strumektomie. Es fand sich Degeneration der Glossopharyngeus- und Vaguskerne am Boden des IV. Ventrikels. 4) Ausfall des Rectus internus rechts bei der Konvergenz in einem ziemlich schweren Falle von Basedow.

Im Anschluß an diese Fälle und die in der Literatur niedergelegten gibt K. eine vollständige Klinik dieser Komplikationen der Basedow'schen Krankheit, erörtert die Art der vorkommenden Lähmungen, die Zeit ihres Beginnes im Verhältnis zum Beginn, zur Dauer und dem Krankheitsstadium der Basedow'schen Krankheit, sowie Verlauf und Ausgang der Lähmungen und ihre Bedeutung für die Prognose der Krankheit; dabei wird die Tatsache, daß es beim Basedow zu einer mehr oder weniger ausgesprochenen Bulbärparalyse kommen kann, besonders hervorgehoben. Betreffs der Frage der Stellung dieser Lähmungen im System des Basedow ist als sicher anzunehmen, daß sie bedingt sind durch Kern- und Fasererkrankungen in der Medulla oblongata, und man kann nur annehmen, daß diese degenerativen Prozesse durch toxische Wirkung des »Basedowgiftes« verursacht werden.

Da die meisten Lähmungen auftreten, nachdem der Basedow monate- oder jahrelang bestand, so darf man annehmen, daß sie nicht zustandegekommen wären, wenn der Basedow früher geheilt worden wäre. Für das praktische Handeln ergibt sich also die Empfehlung der Frühoperation des Basedow.

Haeckel (Stettin).

---

46) Crile. Graves' disease. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 9. 1911.)

C. bezieht sich in seinen Ausführungen auf 352 Kropfoperationen, von denen 121 bei bestehendem Morbus Basedow ausgeführt wurden.

Die nach Operationen wegen Basedow'scher Krankheit so oft beobachteten plötzlichen Steigerungen der Krankheitssymptome bezieht C. nicht etwa, wie es sonst üblich ist, auf Resorption von Schilddrüsensekret beim Eingriff, sondern auf psychische und nervöse Ursachen, nämlich einmal auf die Furcht des zu Operierenden und zweitens auf traumatische Reizungen der Operation, die auf dem Wege der Schilddrüsennerven unmittelbar dem nervösen Zentralorgan übermittelt werden. Zu dieser Ansicht gelangte C. durch den Befund schwerer Ganglienzellenveränderungen, die er bei einem Basedowkranken, der im Anschluß an die Operation gestorben war, vorfand.

C. geht nun so vor, daß er nach Einholung der Operationserlaubnis einige Zeit unter dem Vorwande medikamentöser Inhalationen des öftern kleine Äthermengen einatmen läßt; an dem Operationstage gibt er vorher Skopolamin und Morphium, dann läßt er wieder Äther inhalieren und, sobald Pat. eingeschlafen ist, Lachgasnarkose einleiten. Dann wird die ganze Schilddrüse mit Kokainlösung sorgfältig umspritzt, gerade als ob in Lokalanästhesie operiert werden sollte, der obere Pol derjenigen Schilddrüsenhälfte, die nicht entfernt werden soll, wird unterbunden zur Unterbrechung der Leitung im N. laryngeus sup., dann die andere Hälfte der Drüse entfernt unter peinlicher Sorge für schonendes Manipulieren. Ist eine Exzision von Schilddrüsengewebe nicht beabsichtigt, so wird der in seinem Bett ruhende Pat. unter Vorgabe medikamentöser Injektionen erst mit Morphium und Skopolamin versehen, dann wird beiderseits die Gegend des oberen Drüsenpols ausgiebig mit Kokain umspritzt und von je einem kleinen Hautschnitt aus, während Pat. durch Unterhaltung abgelenkt wird, der obere Pol beiderseits unterbunden, ohne daß Pat. sein Bett verläßt.

Auf diese Weise ist es dem Verf. gelungen, die postoperative Reaktion zu umgehen und noch solche Fälle der operativen Heilung zuzuführen, deren operative Inanspruchnahme abgelehnt war und die auch vom Internisten als aussichtslos bezeichnet waren.

Besonderes Gewicht ist danach auf systematische Kräftigung des Nervensystems zu legen. W. v. Brunn (Rostock).

47) **C. H. Mayo. A consideration of surgical methods of treating hyperthyroidism.** (Med. record 1910. Dezember 31.)

Die Sterblichkeit der einfachen Kropfoperationen ist niedrig. Unglücklicher Verlauf ist Komplikationen zur Last zu legen. Bei den abnorm hyperplastischen und bei den malignen Strumen liegt die Sache anders, da in diesen Fällen oftmals der Kräfteverfall Tod oder Invalidität herbeiführt. Langes Siechtum ist selten; meist erfolgt der Tod in den tödlich verlaufenden Fällen bereits in wenigen Wochen. Durch Unterbindung von Blut- und Lymphgefäßen wird manchmal eine Rückbildung zum einfachen Kropf angeregt. Auch in den vorgeschrittenen Fällen mit Degeneration von Herz, Leber und Nieren kann man auf diese Weise wenigstens eine Gewichtszunahme erreichen, die unmittelbar nach der Operation beginnt. Die Sterblichkeit der vom Verf. mit Unterbindung behandelten Fällen betrug 37,1%, die nach Exstirpation 39,1%. Die im Vergleich mit früheren Ergebnissen verhältnismäßig niedrige Sterblichkeitsziffer ergibt sich weniger aus einer Verbesserung der Operationstechnik als aus einer glücklicheren und strengeren Auswahl der Fälle. Unter den Kropfoperationen des Verf.s, deren Zahl 2000 übersteigt, finden sich Reihen von 76 bis 90 ohne Todesfall. Etwa 70% der Pat. betrachten sich als völlig geheilt. Revenstorf (Breslau).

48) **Guleke. Experimentelle Untersuchungen über Tetanie.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

G. hat Versuchstieren, die durch Exstirpation der Epithelkörperchen einen tetanischen Anfall bekamen, die Nebennieren exstirpiert, um zu erforschen, welche Wechselbeziehungen etwa zwischen Epithelkörperchen und Nebennieren beständen. Es zeigte sich nun, daß nach Entfernung der Nebennieren die Tetanie wieder schwand oder die Erscheinungen so abnahmen, daß keine Symptome mehr nachweisbar waren. Verf. glaubt aus dieser Tatsache schließen zu können, daß, wie das Adrenalin bekanntermaßen erregend auf den N. sympathicus wirke, die Epithelkörperchen einen hemmenden Einfluß auf denselben hätten. Bemerkenswert ist aber, daß nach Nebennierenverlust die Tetanie nur dann schwand, wenn mit den Epithelkörperchen die Schilddrüse exstirpiert worden war; blieben dagegen bei dem operativen Eingriff funktionierende Teile der Schilddrüse erhalten, so brachte die Entfernung der Nebennieren die Tetanie nicht zum Schwinden. Neben dem Antagonismus zwischen Epithelkörperchen und Nebenniere besteht also auch ein solcher zwischen Epithelkörperchen und Schilddrüse. Nebenniere und Schilddrüse erregen den Sympathicus, die Epithelkörperchen hemmen ihn. Wird das eine der Gegengewichte funktionell untüchtig, so kommt es zu einem Überwiegen des anderen, das deswegen nicht in vermehrter Menge vorhanden zu sein braucht. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

49) **G. Tisserand. Un cas de thymectomie partielle sous-capsulaire pour accidents dyspnéiques chez un enfant.** (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 145.)

Von einem Zwillingspaar begann im Alter von 6 Monaten der eine Zwilling sich schlechter zu entwickeln; im Alter von fast 1 Jahre traten Atembeschwerden auf, und zwar in Form einer dauernden Dyspnoe ohne akute Erstickungsanfälle.

Am Hals war nichts zu fühlen, aber das Röntgenbild zeigte einen pathologischen Schatten dicht über dem Herzschatten. Es wurde daraufhin die vorher schon vermutete Diagnose Thymushypertrophie gestellt. In allgemeiner Narkose wurde die Kapsel der Thymus gespalten und ohne Mühe der linke Lappen der Drüse entfernt. Tamponade. Reichliche seröse Absonderung in den ersten Tagen und Temperaturen zwischen 38° und 39° ohne sichtbare Infektion der Wunde; danach schnelle Heilung. Die Dyspnoe war im direkten Anschluß an die Operation verschwunden.

Verf. weist darauf hin, daß die teilweise Entfernung der Thymusdrüse genüge, um die Atembeschwerden zu beseitigen. Zwei Abbildungen im Text.

Boerner (Erfurt).

---

50) W. Capelle und R. Bayer. Thymektomie bei Morbus Basedow. Ein Beitrag für die Beziehungen der Thymus zur Basedowschen Krankheit. (Bruns' Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 1.)

Welche Veränderungen zeigen sich bei Basedowkranken, wenn nur die klinisch nachweisbare Thymus entfernt wird, ohne die Schilddrüse anzutasten? Diese Fragestellung veranlaßte, daß bei einer Pat. der Bonner Klinik, die an typischem Basedow litt, nur die Thymus exstirpiert wurde. Der Basedow bestand mit Kropf, Exophthalmus und den bulbären Symptomen in typischer Weise fort, dagegen milderte sich das vorher sehr schwere Krankheitsbild erheblich durch Besserung der kardialen Erscheinungen (Sinken der Pulsfrequenz, Steigerung des Blutdruckes, subjektiv fast völliges Verschwinden des Herzklopfens und des Blutbildes). Während vorher Kocher'sches Blutbild bestand, zeigte sich das Blutbild 6 Wochen nach der Operation normal und war noch so bei der Nachuntersuchung 4 Monate nach der Operation. Gewichtszunahme 10 Pfund.

Verff. schließen daraus: Die Anwesenheit einer persistierenden Thymus erschwert den Basedow durch ihre inneren Sekrete, die auf das kardiale System in erster Linie wirken; fallen sie aus, so bessert sich die Herzaktion, auch wenn der Körper noch unter der Einwirkung der basedowisch veränderten Schilddrüse steht. Die Verff. lehnen Gebele's Anschauung ab, daß die Thymus unter dem Einfluß der kranken Schilddrüse sich vergrößert, für sie einspringt und deren Wirkung kompensiert; sie halten an der Ansicht fest, daß im Gegenteil die Thymus schädlich wirkt, daß sie die Schilddrüsenstoffe nicht kompensiert, sondern potenziert. Tierversuche ergaben in drei Fällen von intraperitonealer Thymusinjektion zweimal eine Veränderung des Blutbildes im gleichen Sinne wie bei Kropfinjektion; beide Male ging mit einer relativen Lymphocytose eine Abnahme der absoluten und prozentualen Leukocytenzahl einher. Wie Kostlivy von den Schilddrüsensekreten, so nehmen Verff. auch von den Thymussekreten eine Doppelwirkung auf das vagische System an (Lymphocytose) und auf das sympathische (erhöhte Adrenalinämie). — 5 Monate p. operat. kam die Pat. wieder wegen subjektiver Beschwerden: Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Zittern. Blutbild normal, Blutdruck 120—130 R.R. Aus relativer Indikation rechtseitige Hemistrumektomie. Operationserfolg in Hinblick auf die klinischen Symptome gering; dagegen auffallender Rückschlag des Blutbildes ins Pathologische (Eosinophilie und Lymphocytose). Die Verff. schließen daraus, daß mit Wegfall der einen Kropfhälfte Bezirke, von denen die Hypertonisation des Sympathicus ausging, wegfielen, so daß nun die vagotonische Komponente in den Vordergrund tritt. Tatsächlich ergab die

Injektion des vaguslähmenden Atropin sofortiges Herabdrücken der Lymphocytose auf normale Werte und langsame Herabsetzung der Eosinophilie. Andererseits konnte durch Adrenalininjektion die sympathikotonische Komponente so gesteigert werden, daß der Vagustonus sank und mit ihm die Lymphocytenzahl zum Normalwert zurückging.

Tabellen, Kurventafeln und Literaturverzeichnis vervollständigen die interessante Arbeit. H. Fritz (Tübingen).

---

51) **S. M. Burak. Die Komplikationen bei der Broncho- und Ösophagoskopie.** (Neues in der Medizin 1911. Nr. 3. [Russisch.])

B. hat über 200 Broncho- und Ösophagoskopien ausgeführt und findet, daß diese Operation gar nicht so unschuldig und leicht ist, wie viele behaupten. In einem Falle beobachtete er nach einer leichten Ösophagoskopie bei einer 46 Jahre alten Frau, die an Speiseröhrenkrampf und Ozaena litt, die Bildung einer periösophagealen Phlegmone mit drohenden Symptomen; zum Glück endete der Fall günstig ohne äußeren Schnitt. Die Infektion erfolgte wahrscheinlich von einer kleinen Erosion im Rachen aus. Von diesem Falle ausgehend, hat B. aus der Literatur die verschiedenen gefährlichen Komplikationen gesammelt und bringt sie in Gruppen eingeteilt. Komplikationen werden verursacht von seiten der allgemeinen und lokalen Narkose, der Asphyxie, der Aortenaneurysmen, der Hämophilie, der Speiseröhrenverletzungen, der Varicen im Ösophagus bei Lebercirrhose usw. Man muß also in jedem Falle an alle diese Möglichkeiten denken.

Gückel (Kirssanow).

---

52) **R. Callmann (Berlin). Eine neue Methode der diagnostischen Sondierung der Mastdarm- und Speiseröhrenverengerungen.** (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

C. empfiehlt die Anwendung einer Sonde mit pilzförmigem Knopfe, die er als Randsonde bezeichnet und der eine besonders gute Vermittlung der Tastempfindung nachgerühmt wird. In einer Reihe von Krankheitsfällen, über die näher berichtet wird, hat diese Methode der Sondierung genauere Aufschlüsse über die Art des Leidens als die üblichen Methoden ergeben. Bei Speiseröhrenstrikturen glaubt Verf., daß die Methode die Ösophagoskopie verdrängen wird.

Deutschländer (Hamburg).

---

53) **Lerche. The esophagoscope in removing sharp foreign bodies from the esophagus.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 9. 1911.)

In fünf Fällen hat Verf. mit Hilfe des Ösophagoskops spitze Fremdkörper mit glücklichem Ausgange aus der Speiseröhre entfernt, in zwei Fällen Knochenstücke, in zwei Fällen Fischgräten und im fünften Falle eine offene Sicherheitsnadel, deren Spitze sich fest in die Wand der Speiseröhre eingebohrt hatte. Verf. bildet ein Instrument ab, mit dessen Hilfe es gelingt, eine offene Sicherheitsnadel in situ zum Verschluß zu bringen, um sie dann ohne Verletzungsgefahr aus der Tiefe der Speiseröhre zu extrahieren.

Seit 1900 hat Verf. 200 Fälle von Fremdkörperextraktion mit Hilfe des Ösophagoskops aus der Literatur gesammelt und berichtet hier über die Art dieser Fremdkörper und die Resultate der Extraktion. W. v. Brunn (Rostock).

---

54) Hinsberg. Über die chirurgische Behandlung der Perichondritis laryngis. (Zeitschrift f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege Bd. LXII. p. 303.)

Während leichte Fälle von Perichondritis laryngis restlos ausheilen können, erfordern schwere Fälle mit Bildung von Abszessen, Nekrosen, Sequestern meist ein chirurgisches Eingreifen. Nur in seltenen Fällen läßt sich die Tracheotomie vermeiden. Zur Behandlung der Erkrankung selbst sind in der Hauptsache drei Wege eingeschlagen worden.

1) Der perichondrale Herd wird nach der Tracheotomie entweder sich selbst überlassen oder aber durch Erweiterung von Fisteln, Ausschabung von Granulationen, Sequesterextraktion mit oder ohne Laryngofissur behandelt. Dann wird gewartet, bis der Entzündungsherd völlig abgeheilt ist — nach Chiari mindestens 2 Jahre —, und nun folgt die Dilatation mit Schrötter'schen Bougies, Zinnbolzen usw. Diese Methode erfordert jahrelange Behandlung und muß namentlich in Fällen von Stenosenbildung durch Knorpelneubildung völlig versagen.

2) Nach Ausführung der Kehlkopfspaltung werden Fisteln und Granulationen ausgeschabt unter Schonung des Knorpels, auch wenn er erkrankt ist. Daran schließt sich sofort die Dilatation mit Gummiröhrchen.

Auch diese Methode ist langwierig und in ihrem Erfolg zweifelhaft, da der kranke Knorpel immer wieder neue stenosierende Schwellungen bedingt und bis zur Heilung lange Zeit braucht.

3) Unter Schonung der Kehlkopfweichteile wird der kranke Knorpel sorgfältig reseziert. Dann schließt sich sofort die Dilatation an.

Nach diesem Prinzip hat H. acht Fälle von Perichondritis behandelt und in der Mehrzahl der Fälle ein gutes Resultat erzielt. Die Ausdehnung der resezierten Knorpelpartie war in einigen Fällen sehr erheblich, einmal wurde sogar der ganze Ring- und der ganze Schildknorpel entfernt. Ein Kollaps des Kehlkopfs als Folge dieser Resektionen wurde nicht beobachtet. Zur Dilatation benutzt H. die von ihm modifizierte Mikulicz'sche Glaskanüle, ein T-förmiges Glasrohr, dessen Hauptteil mit dem unteren Ende in die Trachea, mit dem oberen Ende oberhalb der Stenose zu liegen kommt, während der äußere Schenkel durch die Laryngofissur- bzw. Tracheotomiewunde nach außen führt. Diese Kanüle bleibt so lange liegen, bis jede Neigung zu sekundärer Narbenschrumpfung geschwunden ist. Alsdann wird die äußere Wunde geschlossen, eventuell läßt man noch kurze Zeit eine gewöhnliche Kanüle tragen, bis man sicher konstatieren kann, daß die Stenose vollständig behoben ist.

Die Methode ist für den Kranken angenehmer wie die anderen Verfahren, da sie die Atmung auf natürlichem Wege und das Sprechen, wenn auch mit Flüsterstimme, gestattet. Dann führt sie erheblich schneller zum Ziel. Die Dilatationszeit schwankte in H.'s Fällen zwischen 17 Tagen und 3 Monaten. In den 8 Fällen wurde viermal die normale Atmung wieder hergestellt, zweimal der Kehlkopf so erweitert, daß die Patt. in der Ruhe ohne Beschwerden atmeten, schwere Arbeit jedoch nicht verrichten konnten. Eine Pat. starb infolge von Lungengangrän nach Aspiration eines eiterdurchtränkten Tampons. Bei einem Pat. war die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Reinking (Hamburg).

---

55) D. Tschernoborodow. Zur Kasuistik ungewöhnlicher Fremdkörper im Larynx (ein Blutegel). (Wratschebnaja Gaz. 1911. Nr. 8.)

56) S. W. Saweljew. Zur Kasuistik seltener Fremdkörper im Pharynx. (Ibid.)

Blutegel waren beim Trinken von Wasser aus Bewässerungskanälen in Mittelasien in den Rachen bzw. Kehlkopf geraten. Beim Pat. T.'s hatte sich der Egel an der unteren Fläche der Epiglottis, bei den beiden Pat. S.'s an der hinteren Rachenwand festgesogen. Leichte Entfernung nach Kokainisation des Rachens und des Egels. Gückel (Kirssanow).

---

57) B. N. Woinow. Die Intubation bei diphtherischen Kehlkopfstenosen und von der Zweckmäßigkeit der sekundären Tracheotomie bei denselben. (Russki Wratsch 1911. Nr. 9 u. 10.)

W. behandelte 1905—1909 2400 Fälle von diphtherischer Laryngitis, die sich wie folgt verteilten:

	Geheilt	Gestorben	Summa
Laryngitis ohne Stenose	687	—	687
Stenose, nicht intubiert.	554	—	554
Stenose mit Intubation.	617	453	1070
Primäre Tracheotomie	3	41	44
Sekundäre Tracheotomie	4	12	16
Während der Intubation gestorben	—	29	29
			2400

Von den 453 nach der Intubation gestorbenen atmeten 105 vor dem Tode frei ohne Tube 3 Stunden bis 55 Tage lang. 39 Pat. mußten wiederholt (bis 6mal) intubiert werden, davon † 12. 405mal wurde nach der Intubation Pneumonie beobachtet, bei 617 Geheilten 108mal, bei 453 Gestorbenen 297mal. Doch ist die Tracheotomie in dieser Hinsicht noch gefährlicher: von 329 über 3 Tage lang Intubierten erkrankten an Pneumonie 42,6%, von 20 Tracheotomierten 70%.

Die Tracheotomie wurde veranlaßt: durch Mißlingen der Intubation 19mal (16 †), durch Ausbleiben von Besserung nach der Intubation 22mal (alle †), durch schlechten Allgemeinzustand 1mal (†), durch In-die-Bronchien-Geraten von Tubenfragmenten 2mal (†), durch lange Dauer der Intubation oder häufiges Aushusten der Tube (eigentliche sekundäre Tracheotomie) 16mal (12 †). Schlußfolgerungen: Die langdauernde Intubation gibt bessere Resultate, als die sekundäre Tracheotomie; letztere soll nur in Ausnahmefällen gemacht werden, wenn die Intubation nicht gelingt oder nicht hilft. Selbst bei öfterem Aushusten der Tube mit sofort auftretenden asphyktischen Erscheinungen wurden durch wiederholte Intubation mehrere Fälle geheilt, während die Tracheotomie in diesen Fällen die traurigste Prognose — entweder Tod, oder lebenslanges Tragen der Tracheotomiekanüle — geben. — Selbst tiefe Dekubitalgeschwüre fangen nach einiger Zeit an zu heilen, nicht nur bei Genesenden, sondern auch bei solchen Pat., die infolge Komplikationen an Erschöpfung zugrunde gehen. Gückel (Kirssanow).

---

58) Nicol. Ein geheilter Fall von jauchigem Pyopneumothorax nach Verschlucken eines Gebißstückes. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

Ein 21jähriger Soldat bekam nachts plötzlich einen heftigen Hustenanfall und bemerkte dabei, daß ihm ein Fremdkörper in die Luftröhre gekommen war. Unter Würgen ging der Fremdkörper zurück und wurde verschluckt.

Es handelte sich um ein Gebißstück, das in der Speiseröhre in der Höhe der Schlüsselbeine festsaß. Durch Röntgen und Ösophagoskopie wurde der Sitz des Gebißstückes festgestellt; es gelang seine Entfernung mittels Ösophagoskopie. Direkt daran schloß sich ein Pyopneumothorax, der durch Rippenresektion geheilt wurde.

Nach Ansicht des Verf.s ist die Pleuritis nicht direkt fortgeleitet von der Speiseröhre oder durch andere Ursachen entstanden; sondern es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, daß die Entwicklung des Pyopneumothorax auf eine Aspirationspneumonie zurückzuführen ist. Glimm (Klütz).

---

59) N. B. Blumenau. Ein Fremdkörper (eine Kugel) in den Bronchien. (Wratschnebnaja Gaz. 1911. Nr. 8.)

Einem 7jährigen Knaben geriet eine 3 cm lange Kugel von 7 mm-Kaliber, die er im Munde hielt, in die Luftwege. Zuerst lag sie im rechten Bronchus (geschwächte Respirationsgeräusche rechts), dann im linken, was durch Röntgen bestätigt wurde. Am 10. Tage wurde Pat. an den Füßen gefaßt und mit dem Kopf nach unten mehrere Male stark geschüttelt. Nach $^1/_2$ Stunde starker Hustenanfall, der die Kugel herausbeförderte. Heilung. Gückel (Kirssanow).

---

60) W. W. Lawrow. Über die penetrierenden Stichschnittwunden des Brustkastens. (Russki Wratsch 1911. Nr. 10—12.)

1905—1909 wurden in der Männerabteilung des Petersburger Obuchowspitals 257 solche Wunden behandelt. Der Oberarzt der Abteilung (Prof. H. T. Zeidler) erweitert prinzipiell die Wunde primär. So wurden 155 Fälle behandelt mit folgenden Komplikationen: Herzwunden 12 (sollen bald veröffentlicht werden), Zwerchfellwunden 55 (von M. M. Magula beschrieben), Wunden des Perikards 2 (geheilt); Lungenwunden 48 (davon 8 mit Verletzung anderer Organe) († 11); Pleurawunden mit Blutung aus den Aa. mammariae und intercostales 9 (2 †); Wunden des Mediastinum 3 (1 †); im ganzen 121 Fälle mit Verletzung der inneren Organe und Gefäße. Reine Pleurawunden waren 34 (bei 33 Pat.), davon tödlich 5. Ohne Wunderweiterung — konservativ — wurden behandelt 102 (zum Teil hoffnungslose Fälle, oder bei nicht zugelassener Operation) mit 15 Todesfällen. Von den 155 Operierten starben 57 = 36,7%.

Schlußsätze. Allgemein ist die Ansicht, daß die penetrierenden Wunden des Brustkastens meist von Lungenverletzungen begleitet werden; doch ist es in Wirklichkeit anders: Auf 48 Lungenwunden kommen 73 Verletzungen anderer Organe, darunter 55mal des Zwerchfells. Bei den Stichschnittwunden des Brustkastens kann die gewöhnliche Untersuchung sehr oft keinen Aufschluß geben über die Verletzung der inneren Organe. Daher muß jede frische Brustwunde (in den ersten 12 Stunden) — wie bei Bauchverletzungen — erweitert werden zur Stellung einer genauen Diagnose. Zwar heilen kleinere Wunden auch spontan, doch darf das die konservative Behandlung solcher Verletzten nicht rechtfertigen. Die Aufgabe der Wunderweiterung ist nicht nur das Aufsuchen von Lungenwunden: es

müssen alle betreffenden Brustorgane untersucht und je nach Befund behandelt werden. Erweitert werden müssen die Wunden an der ganzen Brustoberfläche, mit Ausnahme der Wunden am Schulterblatt und in der Interskapulargegend; hier verhindern meist der Knochen und die dicken Muskeln eine größere Verletzung, und ist daher in dieser Gegend die Wunderweiterung nur bei besonders schweren Symptomen (Blutverlust, Pneumothorax, Verletzung der Bauchorgane und des Bauchfells) geboten. — Alle diese Operationen erfordern die strengste Asepsis. Oft kommt man ohne Rippenresektion aus; ist letztere notwendig, so genügt meist die Entfernung einer Rippe. Gückel (Kirssanow).

---

61) **S. Robinson** (Boston). Acute thoracic empyema, avoidance of chronic empyema, rib trephining for suction drainage.

(Boston med. and surg. journ. 1910. Oktober 13.)

In Fällen von akuten und subakuten Empyemen empfiehlt R. die Heberdrainage, die er in einer von ihm selbst angegebenen Methode ausführt. Ein kleines Stück einer Rippe wird freigelegt und mittels eines eigens dafür konstruierten Bohrers trepaniert. In die Öffnung wird eine Kanüle eingeschraubt und eine Perthes'sche Wasserstrahlpumpe oder eine ähnliche Vorrichtung damit in Verbindung gebracht. Die kleine Operation kann leicht unter Lokalanästhesie ausgeführt werden. H. Bucholz (Boston).

---

62) **Dehn.** Zur Frage der tuberkulösen Lungenaffektion im Röntgenbild und ihrer anatomischen Grundlage.

(Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 5.)

Die Röntgenuntersuchungen der Lunge am Lebenden begegnen noch sehr großen Schwierigkeiten. Für vorgeschrittene Fälle sind diese ja geringer, um so schwerer aber bei der beginnenden Tuberkulose. Der einzig beweisende Weg zur Lösung dieser Frage, der Vergleich des am Lebenden erhobenen Befundes mit dem Ergebnis der Sektion, kann hier nur schwer beschritten werden, da es sich ja um keine tödliche Affektion handelt. Verf. zog es deswegen vor, die Röntgenuntersuchungen an Leichen vorzunehmen unter möglichst gleichen Bedingungen wie am Lebenden, also bei uneröffnetem Thorax, alle Organe in situ. Alle Bilder wurden bei dorsoventraler Strahlenrichtung, Fokusdistanz 80 cm, mit mittelweicher Gundelachröhre angefertigt. Nach D.'s Untersuchungen sind die Röntgenbefunde bei initialer und latenter Lungentuberkulose spezifische und beweisende. Sowohl indurierte Narben als sogar weiche Krebsmetastasen können dieselben unscharf begrenzten Verdunkelungen geben wie die beginnende Tuberkulose. Am besten lassen sich verkalkte Drüsen erkennen. Die fleckige Zeichnung des Hilusschatten ist nicht pathognomonisch, da sie auch bei anthrakotischen Drüsen beobachtet wird. Eine weitere auffallende Erscheinung ist das vollständige Fehlen der baumartig verzweigten Lungenzeichnung auf den meisten Leichenbildern und das Wiederauftreten der Zeichnung auf den Bildern von Leichen, deren Bronchien mit Sekret gefüllt waren. Auch der Hilusschatten erwies sich oft als abnorm klein, ein Beweis dafür, daß die blutgefüllten Arterien für das Zustandekommen dieser Schatten von Bedeutung sind. Gaugele (Zwickau).

---

63) Groedel. Erste Mitteilung über die Differenzierung einzelner Herzhöhlen im Röntgenbild und den Nachweis von Kalkschatten in der Herzsilhouette intra vitam. (Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 5.)

Bei dem mitgeteilten Röntgenbefund handelt es sich um den erstmaligen Nachweis von Kalkschatten im Herzbild, die mit größter Wahrscheinlichkeit im Perikard lokalisiert sind und den sicheren Beweis für das Bestehen einer zwar vermuteten, aber klinisch nicht sicher nachweisbaren schwieligen Mediastinitis liefern. Zugleich war es bei der Pat. zum ersten Male möglich, im Röntgenbild einen linken Ventrikel- und Horizontalschatten des Herzens scharf zu differenzieren, die sich durch das Studium des Pulsationstypus und -rhythmus als Vorhof- und Ventrikelschatten deuten ließen und ein annäherndes Bild der Größenverhältnisse der verschiedenen Herzhöhlen gaben. Die in vieler Beziehung ähnlichen, aber viel geringgradigeren früheren Befunde bei Bestehen eines sog. supraapikalen Querschattens bei Fällen mit Mitralfehlern lassen sich nunmehr mit größter Wahrscheinlichkeit ebenfalls als eine teilweise Kreuzung von Kammer- und Vorhofschatten bei abnorm stark dilatiertem linken Vorhof erklären.

Gaugele (Zwickau).

---

64) N. N. Boljarski. Ein Fall von Schnittstichwunde des Herzens. Naht, Heilung. (Russki Wratsch 1911. Nr. 5.)

27jähriger Mann, konnte nach der Verwundung noch 400 m weit gehen, stürzte dann bewußtlos zu Boden. Zwischen V. und VI. Rippe links, lateral von der Linea mammillaris eine 1,5—2 cm lange, wenig blutende Wunde. Herzdämpfung vergrößert, Pleurahöhle frei. Hautwunde längs den Rippen auf 10 cm erweitert, Resektion des IV.—V. Rippenknorpels, Pleura eröffnet. Lunge mit Pleura verwachsen. Herzbeutel mit Blut gefüllt; Wunde im Perikard erweitert, Blut entfernt; sofort kehrt der fehlende Puls wieder. Am linken Ventrikel 5 cm von der Spitze eine in der Tiefe thrombosierte Wunde. Drei Seidennähte während der Diastole. Wunde des Herzbeutels und Pleura ganz genäht. Die Heilung wurde durch katarrhalische linkseitige Pneumonie kompliziert; 2 Wochen perikarditisches Reiben. Nach $1^1/_2$ Monaten vollständig geheilt. — Der Fall ist der 26. von Herznaht im Obuchowkrankenhaus in Petersburg, davon 5 geheilt.

Gückel (Kirssanow).

---

65) G. Lenthal Cheatle. A clinical lecture on chronic traumatic mastitis. (Brit. med. journ. 1911. März 4.)

Die chronische, traumatische, nicht infektiöse Mastitis wird häufig hervorgerufen durch den Druck ungeeigneter Korsette. Sind diese nicht niedrig genug. so spießen die Korsettstangen die Brust außen und unten auf und erzeugen so einen chronischen Reiz; sind sie zu hoch, so quetschen sie die Brust seitlich zusammen. Daß diese Reize die Ursache für manche Formen der chronischen Mastitis sind, kann man aus dem Heilerfolg besser gearbeiteter Korsette oder Büstenhalter ersehen. Verf. gibt hierfür genauere Gesichtspunkte unter Erläuterungen durch Abbildungen. Die chronische Mastitis dieser Art geht nur sehr selten in Krebs über. Immerhin kennt Verf. Fälle von Brustkrebs und führt überzeugende Abbildungen dafür an, in denen man schwerlich die Rolle der drückenden oder spießenden Stangen übersehen kann. Weber (Dresden).

66) **Dencker. A case of extensive leukemic infiltration of the mammary gland and skin.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 6. 1911.)

Eine 47 Jahre alte Dame, die schon zu Lebenszeiten vom Verf. beobachtet worden war und dann zur Autopsie kam, zeigte, abgesehen von den charakteristischen Organveränderungen der lymphatischen Leukämie, eine massige Anschwellung der Haut an Nase und Lippen, hervorgerufen ausschließlich durch lymphatisches Gewebe. Die Brustdrüsen, von deren spezifischem Gewebe so gut wie nichts mehr zu finden war, waren ersetzt durch große Geschwülste aus lymphatischem Gewebe. W. v. Brunn (Rostock).

---

67) **Jacoulet et Moure. Les épithéliomas kystiques de la glande mammaire.** (Arch. génér. de chir. V. 2 u. 3. 1911.)

Ausführliche Schilderung der einseitigen, unilokulären cystischen Epitheliome der Brustdrüse, von denen Verf. bisher nur 37 in der Literatur beschrieben fand und die er den papillären Ovarialkystomen vergleicht.

Sie finden sich in jedem Alter zwischen 20 und 80 Jahren bei Frauen und, wenn auch seltener, bei Männern. Schwangerschaft, Laktation, vorausgehende Entzündung und Trauma scheinen keinen besonderen Einfluß auf die Entstehung der Geschwulst auszuüben.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich um meist unilokuläre, nahe der Mammilla sitzende, nicht allzu große Cysten mit derber, fibröser Wand, die entweder isoliert im Brustdrüsengewebe sitzen oder von diesem umschlossen sind. Der Wand sitzen gewöhnlich ein größeres oder mehrere kleinere Papillome auf, die in das Innere der Cyste hineinragen. Die Cystenflüssigkeit ist serös-sanguinolent oder reines Blut.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt in der Cystenwand konzentrisch angeordnetes Bindegewebe mit epithelialer Auskleidung; die Papillome zeigen eine gefäßhaltige Bindegewebsachse, die mit mehrschichtigem Zylinderepithel bekleidet ist.

Klinisch ist serös-blutige Sekretion aus der Mammilla beachtenswert, die oft der Bildung einer Geschwulst vorausgeht. Die Geschwulst ist unter der Haut und auf der Unterfläche verschieblich. Drüsenschwellung ist selten. Der Verlauf ist außerordentlich langsam, durch Traumen kann es zur Blutung in die Cyste und zu stärkerer Geschwulstbildung kommen. Bösartige Degeneration ist selten.

Die Therapie muß in der Abtragung der gesamten Mamma bestehen, um jedes Rezidiv auszuschalten. Da die Diagnose ohne Probeexzision nicht mit aller Sicherheit gestellt werden kann, ist eventuell auch die Achselhöhle auszuräumen. M. Strauss (Nürnberg).

Berichtigung.

In dem Referat über: Doberer, »Zur Chirurgie der Gallengänge« Heft 15, Seite 554, ist infolge eines Druckfehlers im Original statt »Mittelstufe zwischen Hepatikoduodenostomie« übernommen worden »Hepatoduodenostomie«, wodurch die Publikation nicht recht verständlich war. Renner (Breslau).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 23. Sonnabend, den 10. Juni 1911.

Heinrich Braun †

Am 10. Mai verschied plötzlich und unerwartet Heinrich Braun in Göttingen, zu früh für alle, die ihm nahe standen, herausgerissen aus einem arbeits- und erfolgreichen Leben. In tiefer Trauer stehen wir an der Bahre des Mannes, der während seines ganzen Lebens mit glühendem Eifer seiner Wissenschaft und seinem Lehramt sich hingegeben, der ungeachtet schwerer körperlicher Leiden bis zum letzten Atemzug ein bewundernswertes Beispiel treuer Pflichterfüllung gegeben hat. Mit Braun ist ein Mann dahingegangen, der trotz seiner großen Fähigkeiten sich in fast rührend bescheidener Reserve hielt, der in all seinem Handeln wahr gegen sich und andere blieb, dem stets das Wohl der sich ihm anvertrauenden Kranken als erstes, unverletzliches Gesetz galt. Seinen Schülern war er vermöge seiner peinlichen Gewissenhaftigkeit am Krankenbett und am Operationstisch, vermöge seiner Meisterschaft in der Diagnosenstellung, durch die Lauterkeit seines Charakters und durch eine natürliche, nie versagende Liebenswürdigkeit im persönlichen Verkehr ein leuchtendes Vorbild; voller Verehrung hingen sie an ihm, und er selbst blieb ihnen dauernd ein väterlicher Freund und Berater.

Braun hat nur ein Alter von 64 Jahren erreicht; sein Gesundheitszustand ließ schon seit etwa einem Jahre viel zu wünschen übrig, zunehmende Atembeschwerden belästigten ihn mehr und mehr, und mit lebhaftem Bedauern mußte er sich entschließen — seit vielen Jahren zum ersten Male —, dem letzten Chirurgenkongreß fern zu bleiben. Er weilte einige Wochen in

Lugano und kehrte anscheinend gekräftigt zum Beginn des Semesters nach Göttingen zurück. Noch am Tage vor seinem Tode hielt er in gewohnter Weise die Klinik ab und operierte, ohne daß auch nur das geringste Symptom auf das so nahe bevorstehende Ende hinwies. In der Nacht entschlummerte er sanft, um nicht mehr zu erwachen.

Heinrich Braun war am 18. Februar 1847 zu Beerfelden im Großherzogtum Hessen als Sohn des Kirchenrats Braun geboren; er besuchte das Gymnasium in Darmstadt und bezog im Herbst 1864 die Universität Gießen. Den deutsch-französischen Krieg 1870/71 machte er als Unterarzt bei der Hessischen Division noch vor Beendigung seines Studiums mit. Von 1871—1874 arbeitete er als Assistent und Prosektor am anatomischen und physiologischen Institut in Gießen unter Eckhard. Dann kam er als Assistent Simon's und später Czerny's nach Heidelberg und blieb dort bis zum Jahre 1884. Im Jahre 1873 hatte sich Braun schon in Gießen für Anatomie habilitiert, im Jahre 1875 wurde er Privatdozent für Chirurgie in Heidelberg, 1878 daselbst außerordentlicher Professor. Nachdem er im Mai 1884 die Leitung der chirurgischen Abteilung am Allgemeinen Krankenhaus in Mannheim übernommen hatte, folgte er schon im Herbst desselben Jahres als Nachfolger v. Ried's einem Ruf als Ordinarius und Direktor der chirurgischen Universitätsklinik nach Jena; von hier kam er 1888 in gleicher Stellung nach Marburg als Nachfolger Roser's und von dort 1890 als Mikulicz's Nachfolger nach Königsberg. Im Jahre 1895 übernahm er die bis dahin von König geleitete Göttinger Klinik.

Die wissenschaftlichen Arbeiten Braun's erstrecken sich auf fast sämtliche Gebiete der Chirurgie; ihre Ergebnisse sind Gemeingut aller Chirurgen geworden. Von einer erschöpfenden chronologischen Aufzählung will ich absehen und nur einige wichtige Arbeiten hervorheben. Anknüpfend an seine anfänglichen anatomischen Studien berichtete er über die topographisch-anatomischen Verhältnisse bei malignen Lymphomen; er gab eine neue Methode der Neurektomie des zweiten Trigeminusastes an; er erkannte als erster die Bedeutung der fehlenden Hirnpulsation bei bloßliegender Dura; er lehrte Venenwunden durch seitliche Unterbindung schließen; er wies auf die bei Narkosen vorkommenden Drucklähmungen hin und ging ihren näheren Ursachen nach, und er hat zuerst die Stauungsblutungen nach Rumpf-

kompression gesehen und richtig gedeutet. Durch eingehende Untersuchungen konnte er eine bis dahin nicht bekannte Entstehungsart der Hernia lumbalis nachweisen. Mit Vorliebe und mit besonderem Erfolge widmete er sich dem Studium der Magen-Darmchirurgie: er gab grundlegende Verbesserungen der Nahttechnik bei Operationen am Magen und Darm an; er zeigte, wie man den Circulus vitiosus nach Gastroenterostomie durch Anlegung einer Enteroanastomose vermeiden kann, eine Operation, die seitdem als „Braun'sche Anastomose" bezeichnet wird; er lehrte die Enteroanastomose als Ersatz der zirkulären Darmnaht anzuwenden, er präzisierte als erster das Krankheitsbild der eine Neubildung vortäuschenden Netzentzündung und machte wichtige Mitteilungen über die Bedeutung und Entstehung des peptischen Magengeschwürs. Eingehende Studien widmete er der Mechanik der Darminvagination und ihrer operativen Behandlung.

Aus dieser kurzen Zusammenstellung geht die vielseitige Bedeutung Braun's wohl zur Genüge hervor. An äußeren Anerkennungen seiner Tätigkeit hat es ihm nicht gefehlt; den schönsten Lohn erblickte er in der Ehre, welche ihm die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie durch Ernennung zu ihrem Vorsitzenden im Jahre 1904 erwies. Darüber hinaus aber sichern ihm seine wissenschaftlichen Leistungen einen dauernden Ehrenplatz in der Geschichte der deutschen Chirurgie.

Georg Sultan.

Inhalt.

I.

Aus der chirurg. Abteilung des Diakonissenhauses in Leipzig.
Chefarzt: Privatdozent Dr. Sick.

Jodtinktur bei Bauchoperationen.

Von

P. Sick.

Seit Februar 1909 wurden in meiner Abteilung rund 500 Bauchoperationen nach Jodtinkturdesinfektion[1] ausgeführt, ohne daß wir die Erfahrungen der Rehnschen Klinik (Zentralblatt für Chirurgie Nr. 19) bestätigen können. In der letzteren wurde bei 70 einfachen oder mit Abszeß oder Peritonitis komplizierten Appendicitiden 6mal Ileus durch Abknickung oder Adhäsionen beobachtet; wir haben unter den 500 Operationen ca. 150 Eingriffe wegen Blinddarmentzündung gemacht (die Operationen sind aus den Jahresberichten zu ersehen) und keinen Adhäsionsileus erlebt, der zu einer Nachoperation und dadurch zu objektiver Feststellung veranlaßt hätte. Das ist teils Glück, teils der Erfolg einer bei fast allen 500 Fällen streng durchgeführten Nachbehandlung, welche durch Kochsalzeinläufe am selben und 2. Tag, durch Glyzerin oder auch energischere Reizmittel (Physostigmin, Rizinus von oben usw.) in der zweiten Hälfte des 2. Tages für Darmtätigkeit sorgt. Wir könnten mit demselben Recht wie Propping den umgekehrten Schluß aus unseren Erfahrungen ziehen, daß die neue Desinfektion die Ileusgefahr verringert hätte. Beides ist nicht angängig.

Es erscheint mir unmöglich, bei einer relativ kleinen Anzahl von Perityphlitisfällen, über deren Vielgestaltigkeit ich der Klinik von Rehn gegenüber kein Wort

---

[1] vgl. Streitberger, Deutsche med. Wochenschrift 1010. Nr. 29.

zu verlieren brauche, zu sagen, daß Adhäsionen durch Jod hervorgerufen sind; dazu liegen die Verhältnisse gerade bei dieser Erkrankung viel zu kompliziert, im einzelnen und auch öfter in größeren Wellen ungleichartig. Außerdem kommen im großen Krankenhaus noch eine ganze Anzahl von Operateuren und nachbehandelnden Stationsärzten in Betracht, während man im kleineren in der Lage ist, das meiste selbst zu operieren und alles so zu überwachen, daß die Resultate technisch gleichartiger werden. So dürfte unsere negative Erfahrung mit Jod ein viel größeres Gewicht haben, als die 6 Ileusfälle bei 70 Perityphlitiden.

Zur Prüfung der Jodwirkung müssen wir wohl die mehrdeutigen Peritonitisfälle ausschalten. Dabei beweisen gerade sie in anderer Art, daß Jod in Dauerwirkung nicht notwendig zu Adhäsionsileus führt: Wenige scheuen sich (und das mit Unrecht), bei entsprechender Indikation z. B. Jodoformgaze an die gangräneszierende Partie zu bringen und tagelang liegen zu lassen; eventuell verschwinden Ileuserscheinungen rasch nach Entfernung des nur mechanisch hindernden Tampons. Dabei erlebt man nicht selten, daß trotz wochenlanger Behandlung derart in besonders schwierigen Fällen (Darmfistel, sehr große, rezidivierende Abszesse) die nach $^1/_2$—1 Jahre ausgeführte Narbenbruchoperation nicht einmal mit der breiten Narbe Verwachsungen findet; nur das Netz macht hier eine fast regelmäßige Ausnahme. In anderen Fällen bestehen allerdings ohne Tamponade oder nach kurzer Drainage später Verwachsungen[2]; das sind Wirkungen verschiedener Infektion und individueller Verschiedenheiten, die man aber, wie oben angedeutet, sehr stark herabmindern, in rasch und glatt verlaufenden Fällen vielleicht ausschalten kann. Auch Borchard's Ölbehandlung möchte ich als Adhäsionen verhütend warm empfehlen.

Wir haben uns nicht ängstlich vor Berührung der Därme mit der Jodhaut gehütet, dabei auch gesehen, daß die Jodfarbe durch die seröse Flüssigkeit, ja Feuchtigkeit des Peritoneum fast augenblicklich verschwindet. Deshalb haben wir das Desinfektionsgebiet, das doch prinzipiell besser trocken bleibt, um die Desinfektion nicht zu gefährden und ein Ekzem zu verhüten, möglichst trocken abgedeckt, Bauchhaut und Inhalt voreinander geschützt, wie das schon immer Regel war. Die leichten Fibrinausscheidungen, die man auf den Darmschlingen bei Jodtinkturbenetzung bisweilen, aber nicht immer entstehen sieht (bei Kochsalzberieselung sah man sie bisweilen stärker), verschwinden schon während der Operation makroskopisch sehr rasch und machen nach unseren über 2jährigen Erfahrungen keine Ileusgefahr, die mit der Jodeinwirkung einwandfrei in Zusammenhang gebracht werden könnte. Ich hatte deshalb auch keine Veranlassung, diese Möglichkeit experimentell am anders reagierenden Tier prüfen zu lassen. Hoffentlich gelingt es den klinischen Resultaten allein, den allerdings gewichtigen Vorwurf aus Rehn's Klinik gegen das zurzeit einfachste, wirksamste und unschädlichste Desinfektionsverfahren auch für Bauchoperationen zu entkräften.

---

[2] Auch benutze ich seit 4 Jahren nur Jodcatgut (Billmann) innerhalb der Bauchhöhle zum Unterbinden und Nähen. Ich habe nie Ungünstiges dadurch gesehen.

II.

Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Propping: Über Joddesinfektion bei Bauchoperationen.

(S. ds. Bl. p. 661.)

Von

Dr. A. Hofmann in Offenburg.

Im Gegensatz zu Propping möchte ich betonen, daß gerade die Joddesinfektion bei Bauchoperationen ein ideales Verfahren darstellt. Mir ist bei zirka 100 aseptischen Laparotomien niemals ein Ileus passiert. Die Tatsache, daß in der Rehn'schen Klinik mehrfach Fälle von Ileus vorgekommen sind, entbehrt schon dadurch der Beweiskraft, weil es sich nicht lediglich um aseptische Laparotomien handelt. Selbstverständlich müssen die Därme vor dem Jod geschützt werden, was ja technisch durch Kompressen und Tücher einfach zu bewerkstelligen ist. Bei septischen Laparotomien, wo es so wie so zu Verklebungen der Darmschlingen kommt, halte ich die Jodtinktur für ein ganz vorzügliches Desinfektionsmittel. Infizierte Serosaflächen werden entschieden besser mittels leichtem Jodanstriches zur Adhäsion gebracht, als daß sie ungehindert das infektiöse Material in die Bauchhöhle übertreten lassen. Desgleichen habe ich niemals davon Schaden gesehen, wenn ich die Resektionsstelle des Wurmfortsatzes mit Jodtinktur betupft und dann übernäht habe. Bei Enteroanastomosen kann man gleichfalls die Umgebung der Nahtstelle desinfizieren und durch einige Lembertnähte eine Verklebung mit benachbarten Darmschlingen sicher vermeiden. Bei der tuberkulösen Peritonitis bieten die Adhäsionen nichts Gefährliches. Ich habe in zwei solchen Fällen ausgiebige Bepinselung der Darmschlingen, des Netzes und der Bauchwand vorgenommen. Ich war überrascht, welche ausgiebige Hyperämie unter den Augen aufgetreten ist. Ein Ileus hat sich nicht eingestellt, wohl aber sind beide Fälle in kurzer Zeit ausgeheilt.

III.

Die Grundlage und der Wert des Rovsing'schen Schmerzphänomens zur Diagnose der Appendicitis.

Kritische Studie.

Von

Th. Hausmann in Tula.

Im Jahre 1907 hat Rovsing in Nr. 43 dieses Zentralblattes ein angeblich für Appendicitis charakteristisches Schmerzphänomen angegeben, welches am McBurney'schen Punkt ausgelöst wurde beim Druck auf das Colon descendens in der linken Fossa iliaca. Rovsing »drückt mit der rechten Hand die Finger der flach angelegten rechten Hand gegen das Kolon und läßt dasselbe komprimierend, die Hand aufwärts gegen die linke Flexur gleiten«. Sein Gedanke war,

»bei diesem so erhöhten Druck und bei der Spannung der Darmgase des zentralen Teiles des Kolon den Schmerz am McBurney-Punkt hervorzurufen, indem ich von der Erfahrung an Strikturen im Rektum und besonders im S romanum ausging, wonach der Grund des Coecum und die hier abgehende Appendix besonders stark von dem erhöhten Druck beeinflußt werde.« .... »Es schien mir wahrscheinlich, daß im Falle von Appendicitis oder Entzündung des Coecum eine Erhöhung der Darmspannung durch Impression des Darmes Schmerz gerade an der entzündlichen Stelle hervorrufen müsse.« Rovsing kommt dann zum Schluß: »In differentielldiagnostischer Beziehung ist von großer Bedeutung das Verfahren in den vielen Fällen sowohl akuter als chronischer Appendicitis, wo eine Intumeszenz und Schmerz in der rechten Fossa iliaca von unsicherer Natur ihren Sitz haben und von einem Nierenleiden, einem Ureterenstein, einer Ureteritis oder Salpingitis usw., ebenso wie von einer Appendicitis verursacht sein können. Denn nur, wenn der Schmerz von einer Erkrankung des Appendix oder des Coecum herrührt, wird ein Druck auf das gesunde Colon descendens ihn hervorrufen können.«

Als mir seinerzeit diese Methode bekannt wurde, sprach ich schon aus rein theoretischen Gründen meine ganz entschiedenen Bedenken über dieselbe aus. Aus der Darstellung des Rovsing'schen Kunstgriffes ersah ich ganz deutlich, daß der Autor das Colon descendens nicht palpatorisch isoliert, also nicht direkt palpiert und dann auf das herauspalpierte Darmrohr den Druck ausübt, sondern, wie leider meist auch üblich, das Darmrohr zu treffen glaubt, wenn er in der »Gegend« des zu suchenden Darmteils einen Druck ausübt, also in diesem Falle einen Druck in der Gegend des Colon descendens.

Die methodische Intestinalpalpation, wie sie von Glenard und besonders von Abrastzow eingeführt — aber leider wenig beachtet wurde, und von mir weiter ausgebildet und topographische Gleit- und Tiefenpalpation genannt wurde[1], war Rovsing — wie überhaupt den Chirurgen —, wie aus der chirurgischen Diagnostik de Quervain's zu ersehen ist — nicht bekannt[2]. Und doch enthält sie den Schlüssel zu einer exakten Abdominaldiagnostik. Rovsing palpiert mit flach aufgelegter Hand, und das genügt mir, um zum Schluß zu kommen, daß er die methodische Intestinalpalpation nicht kennt. Letztere verlangt es, daß wir die Finger in die Tiefe versenken und mit den gekrümmten Fingern über den zu tastenden Darmteil quer hinübergleiten. Tasten wir auf diese Weise einen diskreten Darmteil (es kommen überhaupt nur Dickdarmteile und die Pars coecalis ilei [Ileum ascendens] in Betracht, da außer dem letzteren keine Dünndarmschlingen der Tastung zugänglich sind), so sind wir uns in jedem Moment bewußt, ob wir im gegebenen Moment den Druck auf den Darm oder daneben auf die hintere Bauchwand ausüben. So wissen wir auch ganz genau, ob ein lokal ausgelöster Druckschmerz dem Darm zuzuschreiben ist oder einem daneben liegenden Objekt, wie z. B. der hinteren Bauchwand, und wir wissen dann auch ganz genau, ob ein irradiirter Schmerz durch Druck auf den Darmteil selbst entsteht oder nicht.

Aus diesen Erwägungen heraus kam mir die Rovsing'sche Methode gleich als nicht einwandsfrei vor. Und in der Tat konnte ich an klinischem Material

[1] Th. Hausmann, Die methodische Intestinalpalpation. Berlin, S. Karger. Ref. in Nr. 14 d. Ztbl.

[2] Der Referent des einschlägigen Materials im letzten Bande von Hildebrandt's Jahresbericht referiert alle möglichen großen, kleinen und kleinsten Schriften und Bücher, führt aber mein oben genanntes Buch nur dem Titel nach an, als hätte er nichts über seinen Inhalt, seinen Wert oder Unwert zu sagen.

nachweisen, daß der am McBurney-Punkt oder an anderer Stelle ausgelöste Schmerz in gleicher Weise entsteht, ob wir auf das Colon descendens bei direkter Palpation drücken oder ob wir auf benachbarte Teile drücken, ohne das Colon descendens zu berühren. Somit war es klar, daß die Erklärung, die Rovsing seinem Phänomen gibt, eine hinfällige ist. Der Schmerz wird dadurch ausgelöst, daß beim Eindrücken der Bauchwand der intraabdominale Druck steigt und sich am Entzündungsort durch Schmerzen geltend macht. In diesem Sinne betone ich, daß je höher der intraabdominale Druck von vornherein ist, der Schmerz um so eher ausgelöst wird; denn dann kann ein relativ geringer Druckzuwachs schon den Abdominaldruck zu der Höhe steigern, welche schmerzauslösend wirkt. Bei sehr niedrigem intraabdominalen Druck (schlaffe Bauchdecken, gasleere Därme) ist denn auch das Rovsing'sche Phänomen viel seltener zu erzeugen.

Ein weiteres Moment liegt darin begründet, daß die jeweilige Lage der Eingeweide außer von verschiedenen anderen Momenten auch von dem intraabdominalen Druck (hydrostatischer Druck — Kelling) abhängt, und die Lage eines Intestinalteiles von der Lage der benachbarten Teile abhängt (vgl. das über die spontane Verschieblichkeit der Intestinalteile in meinem Buche Gesagte). Beim Drücken in die linke Fossa iliaca wird eine Verschiebung von Dünndarmteilen herbeigeführt; dies wirkt verschiebend auch auf das Coecum; so kommt eine Zerrung (im Sinne Lennander's und Wilms') zustande, die schmerzauslösend wirkt. In gleicher Weise wird eine Erschütterung des Coecum hervorgerufen beim Manipulieren in der linken Fossa iliaca.

Ein drittes Moment ist darin zu suchen, daß bei einem auf ein Nervengeflecht ausgeübten Druck der Reiz auf sympathischem Wege fortgeleitet wird und an einem beliebigen reizempfindlichen Ort, so auch an der Appendix bzw. dem ihr zugehörenden, durch Lymphangitis entzündlich gereizten Nervengeflecht schmerzauslösend wirken kann. Diese physikalisch-physiologischen Erklärungen sind viel näherliegend als die unphysiologische Erklärung Rovsing's.

Es ist nämlich das Dickdarmrohr kein Schlauch im physikalischen Sinne, in dem der Binnendruck nach einfachen physikalischen Gesetzen sich fortpflanzen könnte; wir brauchen uns nur mit den Arbeiten von Roith bekannt zu machen, um zu erkennen, daß die Verhältnisse ganz andere sind. Die Gas- und Inhaltsfüllung des Dickdarms ist in seinen einzelnen Teilen eine durchaus ungleichförmige, und meist ist gerade das Colon descendens, die Flexura sigmoidea und der linke Schenkel des Colon transversum leer, und diese leere kollabierte Strecke ist zum Fortpflanzen eines Druckes, zur Zurückstauung des Darminhaltes beim Rovsing'schen Versuch im höchsten Grade ungeeignet. Zudem hindert unter normalen Verhältnissen die von Roith gefundene Klappenbildung an den Flexuren eine Rückstauung und eine Fortpflanzung des Binnendruckes im Dickdarme bis zum Coecum. Wenn aber Rovsing zur Erklärung seines Versuches pathologische Verhältnisse heranzieht, nämlich die bei tiefliegenden Strikturen oft gefundene Coecumblähung, so muß ich bemerken, daß die Coecumblähung vornehmlich bei chronischen Stenosen (Anschütz) vorkommt, wo also die Füllungsverhältnisse des Darmes von Grund aus sich im Laufe der Krankheit verändern, indem die Rückstauung und ein fortlaufender Dickdarmmeteorismus sich allmählich ausbilden. Letztere Verhältnisse können selbstverständlich durch ein so irrelevantes Moment, wie es ein kurzdauernder Druck auf das Colon descendens ist, nicht nachgeahmt werden.

In letzter Zeit habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt, an Leichendärmen meine Ansicht voll bestätigt zu sehen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde das Colon desc. in situ gedrückt und gestrichen. Dabei sah man, daß das Coecum sich rührte und in Erschütterung geriet, doch dasselbe geschah auch mit den zwischen Coecum und Colon desc. gelegenen Darmschlingen. Wenn man den Druck nicht direkt auf das Colon desc. ausübte, sondern nebenan, ohne das Kolon zu tangieren, so erhielt man dasselbe Resultat. Es war mir klar, daß die Übertragung unter Vermittlung der zwischenliegenden Teile geschieht.

Um nun aber das Moment der Übertragung längs des Dickdarmrohres auszuschließen, unterband ich die Flexura sigmoidea, und löste das ganze Kolon von der Flexura sigmoidea bis zur Flexura hepatica von der Bauchwand. Die abgelöste Strecke des Dickdarms wurde aus der Bauchhöhle herausgehoben, und das Colon descendens auf die Tischplatte gelegt und nun auf derselben drückende und streichende Prozeduren ausgeführt. Und siehe da, das Coecum blieb vollständig ruhig, und eine auf die vordere Coecumwand gelegte balanzierende feine Nadel zeigte nicht die mindesten Schwankungen. Falls eine Druckerhöhung im Coecum stattfinden würde, müßte die Nadel dieses durch Bewegungen ihrer Spitze anzeigen. So wurde es denn vollständig klar, daß beim Rovsing'schen Versuch der Druck vom Descendens aus nicht entlang dem Dickdarm auf das Coecum übertragen wird, sondern durch Vermittlung des Dünndarmes.

Ist das aber der Fall, so kann jeder im Bauchraum oder im kleinen Becken gelegene entzündliche Herd auf den Rovsing'schen Versuch mit Schmerz reagieren, sowohl eine Appendicitis als auch eine Salpingitis, Perimetritis, eine Nephrolithiasis, Cholecystitis usw. Und in der Tat konnte ich mich davon überzeugen, daß bei diesen Leiden oft durch Druck auf die linke Iliaca Schmerzen ausgelöst werden am Erkrankungsherd, aber dieser Schmerz kann ausgelöst werden durch Druck auf einen anderen Ort, wenn er dabei sich durch die Bauchhöhle hindurch fortpflanzt auf den Herd und dort mechanische Insulte herbeiführt.

Das Spüren des Schmerzes am sog. McBurney-Punkt beweist aber beim Rovsing'schen Versuch ebensowenig eine Appendicitis wie der spontan empfundene Schmerz an dieser Stelle. In einem Falle, wo der behandelnde Arzt auf Grund dieses Schmerzphänomens eine Appendicitis annehmen zu müssen glaubte, konnte ich mit Hilfe der methodischen Palpation und auf Grund meiner Skepsis das Rovsing'sche Symptom mit Sicherheit ausschließen. Die weitere Beobachtung und die später ausgeführte Operation ergab rechtseitige Salpingoperimetritis.

Ich kann mich nach allem der ablehnenden Haltung Hoffmann's dem Rovsing'schen Phänomen gegenüber trotz dem Einspruch Rovsing's nur anschließen, obwohl gelegentlich ohne Zweifel das Phänomen tatsächlich bei Appendicitis auszulösen ist.

Literatur:

Rovsing, Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an McBurney's Punkt. Zentralbl. f. Chir. 1907. Nr. 43.

Glenard, Les ptoses viscerales. Paris 1899.

Abrastzew, Die physikalische Untersuchung des Darmes. Archiv f. Verdauungskrankheiten Bd. XVIII.

Th. Hausmann, Die methodische Intestinalpalpation mit Hilfe der topographischen Gleit- und Tiefenpalpation mit besonderer Berücksichtigung der Ileocoecalgegend und mit Einschluß der Lageanomalien des Darmes. Berlin, S. Karger, 1910.

Kelling, Physikalische Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle. Volkmann's Sammlung Nr. 144.

Roith, Grenzgebiete der Chirurgie und Medizin 1908. Bd. XIX. Hft. 1.

Anschütz, Archiv für klin. Chirurgie 1902. Bd. LXVIII.
Hoffmann, Zentralblatt für Chirurgie 1908.
Rovsing, Zentralblatt für Chirurgie 1908.

1) H. Tillmanns. Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 9. Aufl. 2 Bände. Leipzig, Veit & Comp., 1911.

Das bekannte, elegant gebundene Lehrbuch liegt in neuer verbesserter und vermehrter Auflage wieder vor. Wenn bei der gegenwärtig bedeutenden Konkurrenz in den gleichen Stoff behandelnden guten Lehrbüchern in wenig Jahren sich wieder eine Neuauflage notwendig macht, so spricht das an sich schon für die Güte des Buches. In der Tat muß dem Verf. nachgerühmt werden, daß er es verstanden hat, sein Werk nicht nur auf der alten Höhe zu erhalten, sondern auch, soweit notwendig, den modernsten Anforderungen entsprechend umzugestalten. Besonders zu begrüßen ist die Einfügung zahlreicher Literaturangaben in den Text, die es dem wissenschaftlich arbeitenden Arzt erst ermöglichen, auf Grund des Lehrbuches besonders ihn Interessierendes in den Originalabhandlungen nachzusehen. Der Mangel solcher Quellenangaben war in den früheren Auflagen ein empfindlicher. Die zum Teil sehr guten Abbildungen sind vermehrt, veraltete vielfach durch neue ersetzt. Der Abschnitt des Lehrbuches, der die Chirurgie der weiblichen Harn- und Geschlechtsteile behandelt, ist in Gemeinschaft mit P. Zweifel bearbeitet, wodurch die Bedeutung dieses Spezialzweiges der Chirurgie die gebührende Würdigung erfährt. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Seine Anschaffung ist sehr zu empfehlen.

Wilhelm Wolf (Leipzig).

---

2) Nothelferbuch. Leitfaden für erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen. Herausgegeben von der Medizinalabteilung des Königl. Preußischen Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. Berlin, A. Hirschwald, 1911.

Der uns vorliegende Leitfaden, der eine große Reihe vorzüglicher, instruktiver Abbildungen enthält, muß zu den besten und zweckmäßigsten seiner Art gerechnet werden.

Er enthält in ausgezeichnet klarer und sachlicher, kurzer und übersichtlicher Darstellung alles Wesentliche. Er beginnt mit dem Bau und den Verrichtungen des menschlichen Körpers, bespricht die Tätigkeit des Nothelfers bei Verletzungen, Verunglückungen, üblen Zufällen, die Krankenbeförderung und dazu nötige, fertige oder improvisierte Gerätschaften, gesundheitliche Regeln und enthält endlich wichtige Gesetzesvorschriften (Vorschriften zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Schweigepflicht, standesamtliche Anzeigen, deutsche Arbeiterversicherungsgesetze, endlich eine Desinfektionsanweisung für das deutsche Reich).

Dieser Leitfaden ist auf Veranlassung des Zentralkomitees für Rettungswesen als amtlicher Leitfaden für erste Hilfe sowie zum Gebrauch bei Samariterunterricht ausgearbeitet worden und erscheint auch für Wärter in Krankenhäusern und zum Unterricht derselben sehr geeignet.

D. Kulenkampff (Zwickau).

3) Hans Boit. Über den Heilwert der „Antifermentbehandlung“ eitriger Prozesse. (Med. Klinik 1911. p. 616.)

Bei mehr als 80 Fällen der Marburger chirurgischen Klinik (Friedrich) wurde Antifermentserum, meist Leukofermantin, seltener Asciteswasser benutzt. Krankengeschichten, Fieberkurven.

Das Antifermentserum übt bei oberflächlichen Eiterungen eine geringgradige heilende Wirkung aus. Es muß in innige Berührung mit der ganzen eiternden Fläche gebracht werden. Doch bleibt der Grundsatz bestehen, durch Spaltungen usw. eine eiternde Höhlenwunde nach Möglichkeit in eine Flächenwunde umzugestalten.

Mit dem Serum dürfen nur oberflächliche, gut abgegrenzte kleine Abszesse behandelt werden. Die Spaltung des Eiterherdes ist in den meisten Fällen sicherer und führt schneller zur Heilung.

Zu warnen ist vor der geschlossenen Behandlung bösartiger Abszesse.

Wertlos ist die Antifermentserumbehandlung bei infiltrativen Vorgängen.

Demnach hat das Leukofermantin keinen besonderen praktischen Wert. Dazu kommen die Mehrkosten. Georg Schmidt (Berlin).

---

4) Edmund V. Metasek. Methajodkarbon, ein zuverlässiges und ungefährliches Desinfektionsmittel für Hände und Operationsfeld. (Med. Klinik 1911. p. 490.)

Kritik der Grossich'schen und der Heusner'schen Hautvorbereitung.

Die Vorteile des Jodbenzins und des Äthers sowie den der völligen Unentzündlichkeit vereinigt M. in einer Lösung von Jod in Kohlenstoffverbindungen, die, wie Versuche zeigten, Keime rasch und sicher tötete. Reizerscheinungen fehlen. Es dient Methajodkarbon Nr. 1 (1 Flasche zu 500 g — 1,80 Kr.) zum Waschen der Hände und Reinigen von Wunden, Nr. 2 (1 Flasche zu 250 g — 1,40 Kr.) zum Waschen des Operationsfeldes. Das Verfahren ist im einzelnen beschrieben. Die Vorbereitung dauert 8—10 Minuten. Man braucht etwa 200 g Methajodkarbon und erspart Wasser, Seife, Alkohol und Sublimat. Das Mittel ist etwas teurer als Benzin, aber billiger als Äther (Verfertiger: G. Hell & Co., Troppau). Georg Schmidt (Berlin).

---

5) Anton Sticker. Neue Erfahrungen mit Karbenzym. (Med. Klinik 1911. p. 492.)

Zusammenstellung der bisher mitgeteilten Erfahrungen über Karbenzymverwendung. — Technik in der chirurgischen Tätigkeit.

Das an Kohle gebundene Trypsin wirkt besser wie das einfache Trypsin; auch fehlen den Kohlefermentstoffen die gefährlichen Eigenschaften der einfachen Fermenterzeugnisse. Das Karbenzym ist ein besonders zuverlässiges keimfreies Fermenterzeugnis; es wirkt langsamer, aber länger, darf deshalb seltener verabreicht werden, baut leichtlösliche Eiweißkörper wie auch Albumosen und Peptone zu Aminosäuren ab, greift das lebende gesunde Gewebe nicht an, hebt die daniederliegende tryptische Verdauung, schafft bei geschwürigen Darmveränderungen die krankhaften Ausscheidungen, bei tuberkulösen Vorgängen eitrige Absonderungen fort, verhindert durch Anregung der Granulation die Aufsaugung toxischer Abbaustoffe. Es ist ein hervorragendes Heilmittel bei geschlossenen Eiterherden, insbesondere tuberkulösen. Die Kranken nehmen es gern ein. Die

Einspritzung ist auch ohne Adrenalin- und Kokainzusätze fast schmerzlos. Nebenwirkungen fehlen. Georg Schmidt (Berlin).

6) **W. A. Merkurjew und S. M. Silber.** **Die Anwendung von Gonokokkenvaccine bei Gonorrhöe.** (Russki Wratsch 1911. Nr 6.)

Verff. bereiteten eine polyvalente Vaccine aus fünf Gonokokkenarten. Gleichzeitig mit der Vaccination wurden die Opsonine studiert. Auf Grund von 35 Fällen (von denen 18 Krankengeschichten der Arbeit beigefügt sind) kommen M. und S. zu günstigen Schlüssen: Der Ausfluß wird geringer, die Gonokokken schwinden in manchen Fällen; bei gonorrhoischer Arthritis und Epididymitis schwinden die Schmerzen, und die Schwellung wird kleiner. Die zuweilen vorkommenden Mißerfolge sind durch fehlerhafte Technik zu erklären. Zur Erzielung besserer Resultate muß man die Vaccination unter Kontrolle des opsonischen Index durchführen. Gückel (Kirssanow).

7) **Alfred Deutsch.** **Über Wundbehandlung mit Novojodin.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

Novojodin ist ein nahezu geruchloses amorphes Pulver, ein Hexamethylentetramindijodid. Außer in Alkohol und Azeton ist es unlöslich, geht aber mit Ölen leicht 10—20%ige Suspensionen ein. Die bakterizide Wirkung beruht auf Abspaltung von Jod und Formaldehyd. Das Präparat ist an sich steril, kann aber auch noch der fraktionierten Sterilisation unterzogen werden. Es hat schon in Konzentration von 1 : 1000 eine starke Desinfektionskraft und übertrifft hinsichtlich derselben das Jodoform und seine Ersatzmittel. Novojodin ist ungiftig, macht keine Ekzeme und zeichnet sich durch seine Billigkeit aus. Seine Anwendungsform ist eine vielseitige als Pulver, Gaze, Emulsion usw. Nach den Erfahrungen des Verf.s ist es bei tuberkulösen Prozessen, Phlegmonen, Abszessen, Karbunkeln und Geschwüren gut brauchbar und kann das Jodoform vollwertig ersetzen E. Siegel (Frankfurt a. M.).

8) **F. Brüning.** **Vergleichende Desinfektionsversuche mit Jodtinktur und Alkohol.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche an böhmischen Granaten wie an der menschlichen Haut zu dem Schluß, daß hinsichtlich der desinfizierenden Wirkung die Waschung mit Alkohol nicht mit der Grossich'schen Jodtinkturpinselung rivalisieren kann. B. glaubt zwar nicht, daß die Jodtinktur eine vollkommene Keimfreiheit der Haut bewirke, hält sich aber für berechtigt, nach seinen bakteriologischen Ergebnissen anzunehmen, daß die Jodlösung die Keimabgabefähigkeit der Haut sehr vermindert. Wenn andere, wie z. B. Kutscher, entgegengesetzte Resultate erhalten haben, so ist diese Differenz wohl bedingt durch die verschiedenartige Versuchsanordnung, durch die allzuhohen Anforderungen an die Methode und durch die unglückliche Wahl von Seidenfäden als Testobjekte. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

9) **A. Duse.** **Ricerche istologiche e batteriologiche sul metodo di Grossich.** (Policlinico, sez. chir. XVIII. 2. 1911.)

Gefrierschnitt von Hautstückchen, die nach Grossich ohne vorausgehende Seifen-Wasserwaschung jodiert waren, ergaben ein tieferes Eindringen des Jods als solche, bei denen der Jodierung eine intensive Waschung vorausgegangen war.

Bei diesen überschritt die Jodfärbung nicht die Einmündung der Haarfollikel und drang nicht in die Talgdrüsen ein, während bei den erstgenannten die Haarbälge und die Talgdrüsenmündung jodiert waren; von den Schweißdrüsen war nur der intraepithelial gelegene Ausführungsgang jodiert. Bakteriologische Untersuchungen ergaben in 38 von 69 Fällen Grossich'scher Jodierung Keimfreiheit der Haut (55%). In 12 Fällen wurde vorher die Haut gewaschen (7mal = 58% Keimfreiheit). Die Fürbringer'sche Desinfektion ergab in 14 Fällen 43% Keimfreiheit. Die Untersuchung der vorgefundenen Keime ergab nur eine pathogene Art.

In der Klinik wurde die Grossich'sche Desinfektion bei 283 größeren Operationen (243 Hernien) verwendet. In 203 aseptischen Fällen kam es nur 2mal zu leichter Eiterung.

M. Strauss (Nürnberg).

---

10) Zabludowski (Moskau). Weitere Erfahrungen über die Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes mittels Alkoholtannin. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 9.)

Unter den gerbenden Hautdesinfektionsverfahren steht Alkoholtannin in der ersten Reihe. Es besitzt nicht die Fehler von Jodbenzin und Jod, ist bedeutend billiger als Alkoholazeton, wirkt viel dauerhafter als Alkohol allein und ist für das Operationsfeld wie für die Hände in gleicher Weise anwendbar, wobei es auf letztere nicht schädlich wirkt. Die Erfahrungen des Verf.s stützen sich auf 232 Operationen. Die erreichten Resultate sind sowohl klinisch als bakteriologisch die besten, und an Einfachheit konkurriert Tannin mit Jod. Die Desinfektion selbst erheischt nur kurze Zeit und gestattet die vorangehende Verwendung von Wasser.

Deutschländer (Hamburg).

---

11) Paul Reclus. Les plaies de la main et la teinture d'iode. (Bull de l'acad. de méd. 1910. Nr. 17.)

R. tritt warm für die Jodtinkturpinselung der Haut verletzter Hände ein. Die entzündlichen Schwellungen in der Umgebung dieser Wunden sind seitdem nicht mehr zu sehen. Die Schmerzen bei der Anwendung sind unbeträchtlich und beschränken sich auf ein Gefühl der Wärme und etwas Brennen. Eine Voraussetzung ist frische Jodtinktur. Dieselbe muß alle 8 Tage gewechselt werden. Walther hat nachgewiesen, daß damit innerhalb 7 Minuten eine Sterilisation der Haut bis in die tiefen Schichten derselben stattfindet. Die antibakterielle Wirkung wird durch die austrocknende Eigenschaft verstärkt. Für die Kriegschirurgie bedeutet das Mittel eine Umwälzung.

In der Diskussion bemerkt Leon Labbé, daß Boinet die Jodtinktur schon vor einem halben Jahrhundert für die Chirurgie empfohlen habe, aber nicht durchgedrungen sei. Er selbst übe das Verfahren schon seit 30 Jahren mit dem besten Erfolge.

Lucas-Championnière ist der Meinung, daß der Fortschritt keineswegs in der Verwendung der Jodtinktur gelegen sei, und daß man mit jedem anderen starken Antiseptikum dasselbe erreichen könne. Er bevorzugt starke Karbolsäurelösung. Der Fortschritt liege vielmehr darin, daß die Irritation der Wunden durch das bisher übliche Waschen und Abreiben und die dadurch unvermeidliche Verunreinigung der Wunde selbst weggefallen sei.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

12) Jonnesco (Bukarest). Die allgemeine Rachianästhesie. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 9.)

Verf. berichtet zusammenfassend über seine Methode der allgemeinen Anästhesie, und sucht die dagegen erhobenen Einwände zu entkräften. J. glaubt, daß die allgemeine Rachianästhesie wegen ihrer Einfachheit, Gutartigkeit und Überlegenheit bald die Inhalationsnarkose ersetzen und die Anästhesierungsmethode der Zukunft sein wird. Deutschländer (Hamburg).

---

13) Budde. Über Tropakokain und Suprarenin zur Rückenmarksbetäubung. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1911. Hft. 4.)

Tropakokain und Suprarenin, zusammen in Wasser gelöst, ins Feld mitzunehmen, empfiehlt sich nicht, da sich die Lösung, selbst unter Zusatz von Säuren, mit der Zeit rot färbt, ein Zeichen, daß das Suprarenin sich zersetzt. Es dürfte sich vielmehr empfehlen, beide Mittel in Tablettenform mitzuführen, diese getrennt zu lösen und erst kurz vor der Anwendung zu mischen. Vielleicht kann man aber bei Anwendung der von Gros empfohlenen Tropakokainbikarbonate, die wirksamer als die salzsauren Salze sein sollen, auf den Zusatz von Suprarenin verzichten. Herhold (Brandenburg).

---

14) M. Chiarugi (Siena). Della rachianalgesia. (Clin. chir. 1911. Nr. 3.)

Auf Grund der Anwendung der Lumbalanästhesie bei 1500 verschiedenen Fällen und von Literaturstudien gibt Verf. dem Tropakokain den Vorzug vor dem Stovain und Eukain α und β. Dasselbe wirkt konstant, hält sich lange, auch bei hoher Temperatur, ist nicht toxisch und wird bald wieder ausgeschieden. Es wurde bei Kindern von 7 Jahren an und Greisen, auch wenn letztere an ausgesprochener Arteriosklerose litten, bei Herz- und Lungenkranken, bei Kachektischen, Anämischen, Diabetikern, Hysterischen, Septischen, chronisch Tuberkulösen ohne Nachteile angewandt. Die Dose betrug für Kinder 3—4 cg, für Erwachsene 6—7 cg und wurde in physiologischer Kochsalzlösung verwendet. Die Technik der Injektion war die allgemein übliche. Die Lumbalanästhesie wurde bei Operationen unterhalb den Mammillae angewandt. Zu der von Jonnesco empfohlenen hohen Anästhesie konnte man sich aus theoretischen Gründen nicht entschließen. In zwei Fällen beobachtete man nach der Injektion von 7 cg Tropokokain, 48 Stunden nach der Operation, Bewußtlosigkeit, Dyspnoe, kleinen, frequenten Puls, Nackenstarre, fehlende Pupillenreaktion, erhöhte Reflexe und unwillkürlichen Abgang von Urin und Stuhlgang, was dann nach und nach wieder verschwand. Die Lumbalpunktion ergab keine Anhaltspunkte für Meningitis septica. Verf. nimmt, da er bei den anderen 1000 derart behandelten Fällen nichts Ähnliches sah, eine Idiosynkrasie an. Es bestanden nie Urinretention, nie Blasen- und Mastdarmlähmungen, nie Atemstörungen bei der Anwendung des Tropokokains. Hingegen beobachtete Verf. Vasodilatation. Die Zylinder, die im Urin gefunden wurden, schreibt Verf. nicht der Injektion, sondern der Operation zu. Auch Störungen im Nervensystem will Verf. nie bemerkt haben.

Stocker jun. (Luzern).

---

15) Spiller. Ein plötzlicher Todesfall nach Lumbalpunktion durch Gehirnblutung. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift 1911. Hft. 4.)

Ein Soldat wurde mit Fieber, Nackensteifigkeit und Kopfschmerzen ins Lazarett aufgenommen. Zu diagnostischen Zwecken wurde eine Lumbalpunktion

gemacht und unter Vorsichtsmaßregeln 5,5 ccm abgelassen. 2—3 Minuten nach der Punktion wurde der Mann unter lautem Aufschrei plötzlich bewußtlos; trotz energischen Wiederbelebungsversuchen trat der Tod ein. Bei der Obduktion wurde eine geplatzte, an der Gehirnbasis liegende Schlagadergeschwulst als Todesursache gefunden. Das Platzen des Aneurysmas war die Folge der Lumbalpunktion. Herhold (Brandenburg).

16) F. Gangitano. Degli effetti della cloroflebonarcosi sul sangue.

(Policlinico, sez. chir. XVIII. 3. 1911.)

Versuche an Kaninchen ergaben, daß die intravenöse Chloroformnarkose, ebenso wie die Inhalationschloroformnarkose den Chemismus und die Funktion des Blutes stört. Es kommt in beiden Fällen zu einer Zerstörung der roten Blutkörperchen und zu einer verminderten Sauerstoffaufnahme, die wiederum die Verbrennung im Organismus beeinträchtigt. Quantitativ sind jedoch die durch die intravenöse Narkose bedingten Veränderungen geringer, als die bei Inhalationsnarkose entstehenden. M. Strauss (Nürnberg).

17) W. O. Zabotkin (Kronstadt). Beobachtungen über den Blutdruck beim Menschen während der Operationen mittels intravenöser Hedonalnarkose. Diss. 1911. (Russisch.)

Der Blutdruck wurde bei den Operierten mittels Apparates Riva-Rocci, nach der akustischen Methode Korotkoff's gemessen.

Unter den 30 Untersuchten waren Männer und Frauen im Alter von 21 bis 68 Jahren. 15 Kranke wurden laparotomiert. Die Dauer der erwähnten Operationen betrug 8 Minuten bis 2 Stunden 25 Minuten. Wenn der Kranke nicht plötzlich operiert wurde, so wurden die Beobachtungen über seinen Blutdruck tags vorher gemacht, zuweilen aber auch während einiger vorhergehender Tage.

Am Tage der Operation fing Verf. seine Beobachtungen vor der Injektion der Hedonallösung an und setzte sie fort: bei dem Verlust der Reflexe, sogleich nach dem Ende der Injektion; wiederholte sie periodisch während des ruhigen Schlafes des Kranken und auch bei den ersten Bewegungen des letzteren, im Fall dieselben den Beobachtungen nicht hinderlich waren.

Sofort nach den neuen Injektionen, sobald der Schlaf sich wieder einstellte, wurden die Beobachtungen in derselben Ordnung weitergeführt.

Im ganzen wurde der Blutdruck im Laufe einer Stunde bis neunmal gemessen, bei länger dauernden Operationen 15—17mal.

Wenn man nach der Methode Korotkoff's die Ziffer des Manometers, welche dem Moment der Erscheinung des ersten Lautes entspricht, als Anzeiger der Höhe des systolischen Blutdruckes gelten läßt und die Ziffer, bei welcher der letzte Laut der ganzen Diaposone verschwindet, als Ausdruck der Höhe des diastolischen Blutdrucks, so erhielt man zwei Größen. Z. nahm die Ziffern beider Beobachtungen und vermerkte mit Punkten all die systolischen auf der oberen und all die diastolischen auf der unteren Abszisse der Zeichnung.

Auf diese Weise bekam er eine besondere Kurve für den systolischen und diastolischen Blutdruck der Kranken, welche der intravenösen Hedonalnarkose unterworfen wurden.

Es sind auf den Blutdruckkurven auch die Zahl der Pulsschläge und die Menge der Atemzüge während der ganzen Dauer der Narkose verzeichnet. Indem Verf. die Diagramme demonstrierte, wies er darauf hin, wie auf jedem von ihnen

gleich deutlich zu sehen ist, daß der systolische Blutdruck bei Beginn der Injektion der Hedonallösung fällt und im Moment des Verlustes der Reflexe, zuweilen aber auch später, am Ende der Injektion, bis zur minimalen Höhe absinkt.

Gleich nach dem Aufhören der Injektion erhebt sich der Blutdruck, und diese rückläufige Steigung, welche bei einigen sehr schnell geschieht (in 2—3 Minuten), erreicht nicht die normale Höhe bei dem Kranken vor der Narkose, sondern bleibt auf einer bestimmten, etwas niedrigeren Ziffer während des ganzen tiefen Schlafes des Narkotisierten stehen.

Sobald der Kranke die geringsten Zeichen der Reaktion zeigt, so hebt sich der Blutdruck sofort; aber die zweite Portion der Hedonallösung, welche sogleich wieder völlige Anästhesie hervorruft, veranlaßt den Blutdruck wieder zu sinken, zuweilen bis zu einer kleineren Ziffer als nach der ersten Injektion. Die dritte, vierte und alle folgenden Portionen des eingeführten Hedonals verändern selten oder fast gar nicht das maximale Absinken des systolischen Druckes im Vergleich mit den vorhergehenden Zahlen; aber mit dem Anfange des tiefen Schlafes, ebenso wie nach der zweiten und allen anderen Injektionen, erreicht der Blutdruck bei der Systole des Herzens regelmäßig die Höhe, welche den ersten Schlaf begleitete.

Die Eröffnung der Bauchhöhle, das Herausluxieren großer Geschwülste aus derselben, das Auflösen eingeklemmter Darmschlingen rufen auf kurze Zeit ein Fallen des Blutdruckes hervor. Das Zittern, welches bei einigen Kranken nach dem Ende der Operation auftritt, erhöht den Blutdruck.

Alles Obenerwähnte über den systolischen Blutdruck betrifft auch die Änderungen des diastolischen, mit dem Unterschied, daß die Höhe des letzteren, wenn sie auch sinkt, doch in geringen Grenzen schwankt.

Es gab Fälle, bei welchen der diastolische Druck bei Beginn der Narkose gar nicht absank von der Höhe, die vor der Operation bestand, sondern zuweilen sogar noch stieg. Anders ausgedrückt: der systolische Druck sinkt während des Hedonalschlafes mehr als der diastolische, und deshalb wird die Amplitude der Pulswelle, welche in Millimetern der Quecksilbersäule ausgedrückt ist, kleiner.

Der systolische Druck fällt sogleich nach der Injektion der Hedonallösung maximal um 55 mm, minimal um 8 mm; während des tiefen Schlafes sinkt er maximal um 40 mm, minimal um 5 mm.

Der diastolische Druck fällt nach dem Ende der Injektion der Lösung maximal um 40 mm, minimal um 2 mm, oder verändert sich gar nicht.

Während der Narkose beträgt das höchste Absinken des diastolischen Druckes 34 mm, das geringste 3 mm, oder bleibt auf der der Operation vorhergehenden normalen Höhe.

Z. weist darauf hin, daß in diesen Resultaten die wirklichen Grenzen der Blutdruckschwankungen bei den Personen, welche mittels Hedonal narkotisiert wurden, etwas vergrößert sind, weil man sich bei den Ablesungen der Ziffern bediente, welche man kurz vor der Injektion der Lösung erhielt; dieselben können aber, wie es sich erwies, infolge der natürlichen Aufregung des Kranken vor der Operation, bedeutend die normalen überragen.

Das Absinken des Blutdruckes bei der Injektion der Lösung begleitet eine Erhöhung der Pulsfrequenz und die wiederkehrende Steigerung des Druckes während der Narkose begleitet eine Erniedrigung derselben.

Die Pulskurve und Blutdruckkurve gehen in dieser Zeit in den Richtungen diametral entgegengesetzt; bei dem Wiedererscheinen der Reflexe steigt die Pulskurve parallel der Steigung der Blutdruckkurve.

———

Deshalb dient die Beschleunigung des Pulses als Ankündigung des Erwachens beim Kranken. Die Atmungskurve verläuft im allgemeinen der Pulskurve parallel.

Die Beobachtungen bei Kranken mit scharf ausgesprochener Sklerose der Gefäße zeigten, daß auch bei ihnen während der Hedonalnarkose der Blutdruck nicht stieg, sondern im Gegenteil fiel, indem die Grenzen der Schwankungen der Druckhöhe sich in voller Übereinstimmung mit denjenigen bei Personen mit völlig normalem Gefäßsystem befanden; zur Bestätigung dieser Behauptung zeigte der Verf. die entsprechenden Kurven der mittels Hedonalnarkose operierten Arteriosklerotiker.

Im Hinblick auf die Resultate seiner Beobachtungen kommt Z. zum Schluß, daß das Hedonal dank seiner außerordentlich glücklichen chemischen Zusammensetzung in Dosen, welche für die Erreichung der tiefen Narkose erforderlich sind, scheinbar kein plötzliches und gefährliches Schwanken des Blutdruckes hervorruft, wie ein solches die Anwendung anderer Mittel, welche bei der Allgemein-Narkose gebraucht werden, begleitet.

Zum Schluß meint er, daß in den Fällen, bei welchen eine Operation stattfinden muß, der Zustand jedoch des Herzens und der Blutgefäße vor der Anwendung des Chloroforms und Äthers warnt, wir in dem Hedonal ein Mittel haben, welches gänzlich die Gefahren dieser beiden Narkosemittel für ein arteriosklerotisches Gefäßsystem, beseitigt. (Selbstbericht.)

---

18) **Gilbert Brown. Two cases of death from postanaesthetik acid intoxication.** (Brit. med. journ. 1911. Februar 25.)

Bericht über zwei Fälle von Kindern, 6 und 2 Jahre alt, die unter den Erscheinungen der Azetonurie nach der Narkose, einmal mit Äthylchlorid und Äther, das andere Mal mit Chloroform und Äther, zugrunde gingen. Beide Narkosen waren kurz und verliefen ohne Störung. Der Tod trat beide Male im Verlaufe des 2. Tages ein. Verf. empfiehlt zur Vorbeugung und zur Heilung Glykose und Natrium bicarbonicum. Weber (Dresden).

---

19) **L. Simon. Viskositätsbestimmungen des Blutes bei chirurgischen Baucherkrankungen.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 1.)

Die Arbeit stammt aus dem allgemeinen Krankenhause zu Mannheim (Med.-Rat Dr. G. Heuck). Verf. wurde zu derselben angeregt durch eine Arbeit von W. Müller (Altona) über den Wert dieser Untersuchungsmethode bei chirurgischen Erkrankungen. Seine eigenen Untersuchungsergebnisse bei 110 Fällen teilt Verf. am Schluß der Arbeit mit, nachdem er die verschiedenen Faktoren, die zur Steigerung oder Erniedrigung der Viskosität führen, besprochen hat.

Seine Schlußfolgerungen lauten (gekürzt):

Wir haben in der Viskositätsbestimmung eine wertvolle Untersuchungsmethode, die uns über die Vorgänge am Peritoneum und in der Bauchhöhle Aufschluß gibt. Über das Aussehen des erkrankten Processus vermiformis sagt sie zwar nichts aus, dagegen ist in sehr vielen Fällen ihre Angabe über Beteiligung des Peritoneums von großer Wichtigkeit. Es muß also eine Viskositätssteigerung uns zur Operation drängen, eine normale Viskosität darf uns, wenn sonst die Diagnose Appendicitis feststeht, nicht von der Frühoperation abhalten.

Danach stellt die Viskosität nicht eine souveräne Untersuchungsmethode

dar, sondern nur ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel, das bei der Indikationsstellung zusammen mit den anderen erwogen und in Betracht gezogen werden muß.

Von allergrößtem Wert ist die Viskosität, wenn es gilt, den Charakter einer Peritonitis zu erkennen oder die Diagnose einer inneren Blutung zu stellen. Wichtige Fingerzeige gibt sie uns für unser therapeutisches Handeln in zweifelhaften Fällen; für die Prognose ist sie uns wertvoll, weil sie uns ein Bild verschafft von dem Kampfe, der sich in der Bauchhöhle abspielt und uns auf Komplikationen aufmerksam macht.

Wenn erst noch größere Untersuchungsreihen vorliegen, dann dürfte die Viskositätsbestimmung wegen der Einfachheit ihrer Ausführung für Arzt und Pat. einen dauernden Platz unter den Untersuchungsmethoden einnehmen.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

20) F. Voelcker. Die Extraperitonisierung entzündlicher Herde. Ein Beitrag zur Frage der Drainage und Tamponade des Bauchfells. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft 3.)

Verf. bespricht zunächst die Gründe und die verschiedenen Methoden der Anwendung von Drainrohr und Tamponade in der Bauchchirurgie. Die Wirkung von Drainrohr und Tamponade kann dabei theoretisch eine 6fache sein: Drainierend, aufsaugend, Hohlräume ausfüllend, blutstillend, verstopfend, Verklebungen erzeugend. In Wirklichkeit genügen die beiden Mittel diesen verschiedenen Anforderungen in sehr verschiedenem Maße. Bei der Tamponade nach Laparotomien dürfte die hauptsächlichste Wirkung die verklebungerregende sein. Es wird damit eine Ausschaltung der Operationsstelle aus dem allgemeinen Bauchfell, also eine Extraperitonisierung erzielt. Diese hat den Vorteil 1) sehr leicht herstellbar zu sein, indem man die Tampons beliebig legen kann, 2) nur temporär zu sein, weil die Verklebungen sich später wieder auflösen, 3) zuverlässig und ausreichend zu sein.

Verf. bespricht dann die Versuche, die eine solche Extraperitonisierung als erwünscht erkennen ließen, ferner die zu diesem Zweck von den verschiedenen Autoren angewandten Verfahren. Die Richtschnur bei allen ist das Bestreben, einen entzündlichen Herd, den man nicht entfernen kann, oder das Wundbett, aus dem man den entzündlichen Herd entfernt hat, aus der übrigen Peritonealhöhle auszuschalten. Mittel dazu sind die Schaffung organischer Scheidewände durch Vernähung von Nachbarorganen oder Umschlagen von Bauchfellappen, oder der Abschluß durch künstliche Membranen.

Verf. vertritt den Standpunkt, daß die Schaffung eines solchen Abschlusses durch Naht viel sicherer sei als die Erzeugung von peritonealen Verklebungen durch eingelegte Tampons. Er zeigt dann an Fällen aus der Heidelberger Klinik, wie er diese Grundsätze in der Praxis durchgeführt hat, und zwar bei folgenden Fällen: Infizierte Bauchstichwunde (2 Fälle), gangränöse Hernie (1 Fall), Bauchdeckenabszeß bei Cholecystitis (1 Fall), sekundäre Appendektomie, wo bei der ersten Operation nur der Abszeß gespalten wurde (4 Fälle), Resektion des Blinddarms wegen Kazinom oder Tuberkulose (5 Fälle), tuberkulöse Darmfisteln (1 sehr schwerer Fall), transperitoneale Drainage des retroperitonealen Zellgewebes nach Exstirpation einer Beckenniere (1 Fall). H. Kolaczek (Tübingen).

---

21) **G. Ferrarini. Sopra il modo di comportarsi di un' ansa intestinale resa estraperitoneale e sottoposta o meno ad atti operativi.** (Clinica chirurgica 1911.)

Aus Tierversuchen schließt Verf. folgendes: Man kann Dünn- und Dickdarmschlingen extraperitoneal verlagern in Taschen der Bauchwand (properitoneal, profascial und subkutan) und die Bauchwand durch eine zwischen den Schlingenschenkeln gesetzte Lücke des Mesenterium wieder herstellen, so daß für Schlinge und Mesenterialansatz zum Durchtritt nur gerade Platz bleibt in den Wundwinkeln, ohne daß der verlagerte Darm in Funktion und Struktur geschädigt wird. An so verlagerten Darmteilen lassen sich alle Operationen (Enterostomie, Anastomose, Resektion) ausführen, entweder einige Zeit nach oder auch gleichzeitig mit der Verlagerung, ohne daß Verzögerung oder Störung der Heilung eintritt. Der Abschluß der Taschen durch exakte Naht der Bauchwand in der Mesenteriallücke und Umsäumung der vorgelagerten Schlingenschenkel läßt sich so genau ausführen, daß eine etwaige Eiterung auf die Tasche beschränkt bleibt und nicht auf die Peritonealhöhle überzugreifen braucht. Gümbel (Charlottenburg).

---

22) **Max Hopp. Über die Indikationsstellung bei traumatischen subkutanen Bauchverletzungen.** (Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 2.)

Verf. teilt ein einschlägiges Material von 23 Fällen mit, die in der Heildelberger chirurgischen Klinik im Laufe von 12 Jahren zur Beobachtung kamen. Es handelt sich um einfache Kontusionen in 5 Fällen, Rupturen des Darmes (einschließlich des Mesenterium) in 10 Fällen, Rupturen der Leber und Gallenwege in 8 Fällen (davon ein Fall mit Milzruptur verbunden). Verf. bespricht die Symptome dieser Verletzungen, ferner die schwierige Indikationsstellung, ohne dabei wesentlich Neues zu bringen. In drei bemerkenswerten Fällen kam es zu sekundären Perforationen des Darmes infolge Nekrose der Darmwand nach primärer nichtperforierender Schädigung. Sowohl für die Rupturen des Magen-Darmkanals wie der parenchymatösen Organe (Leber und Milz) muß die Behandlung in einer möglichst frühzeitigen Operation bestehen. Und bei der Schwierigkeit, ja oft Unmöglichkeit, einfache Bauchkontusionen von solchen Rupturen zu unterscheiden, empfiehlt es sich, lieber einmal zu viel als einmal zu wenig zu laparotomieren.

Literaturverzeichnis. H. Kolaczek (Tübingen).

---

23) **D. G. Zesas. L'importance séméiologique du météorisme dans les traumatismes de l'abdomen.** (Arch. génér. de chir. V. 2. 1911.)

Nach einer Kontusion des Bauches (ein Fußball fiel direkt auf den Leib), kam es zur sofortigen Ohnmacht, Erbrechen und lebhaften Leibschmerzen, die mit einer starken Auftreibung des Leibes ohne Muskelkontraktion und ohne umschriebene Schmerzhaftigkeit einhergingen. Nach einigen Stunden war der ganze Symptomenkomplex verschwunden.

Z. betont, daß der rasch einsetzende Meteorismus nach Bauchkontusionen lediglich eine reflektorische Lähmung der Eingeweide anzeige und kein Symptom einer schweren Eingeweideverletzung sei. M. Strauss (Nürnberg).

---

24) **Cl. Centra.** Un caso di peritonite tubercolare curato con il metodo Durante.

25) **N. Scimé.** Un caso di peritonite tubercolare guarito colle iniezioni iodo-iodurate guaicoliche Durante. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 9. 1911.)

1) Bei einem 35jährigen Manne kam es im Anschluß an eine Influenza zu einer tuberkulösen, serösen Peritonitis, die nach einer Paracentese und wochenlang fortgesetzten täglichen Injektionen von 1 ccm Durante'scher Jodlösung zur Heilung kam.

2) 17jähriges Mädchen mit seröser tuberkulöser Peritonitis wurde im Laufe von 2 Monaten durch tägliche Injektion von 1 ccm Jod-Guajakollösung geheilt.

M. Strauss (Nürnberg).

---

26) **Maillard.** Lombricose et perforation intestinale. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1911. März.)

Ein junger Soldat starb unter Fieber und den Erscheinungen akuter Bauchfellentzündung. Die Autopsie ergab eine eitrige Bauchfellentzündung, hervorgerufen durch eine linsengroße Darmperforation, in welcher, umspült vom Eiter, fünf Spulwürmer lagen von 15—20 cm Länge. Am Dickdarm wurden fünf Geschwüre gefunden, welche nur noch von der Serosa bedeckt waren, außerdem im Dickdarm noch 15 Spulwürmer. Verf. glaubt, daß die Darmgeschwüre und die Darmperforation durch die Spulwürmer hervorgerufen seien. Warum der geschilderte Fall nicht operiert wurde, ist aus der Arbeit nicht ersichtlich.

Herhold (Brandenburg).

---

27) **M. Francini.** L'appendicite. 756 S. mit 43 S. Literaturangaben und 72 Abbild. im Text. Mailand, Società editrice libraria, 1911. Ungeb. 20 L.

In einem außerordentlich umfangreichen, mit erstaunlichem Fleiß — auch kleinste beachtenswerte Arbeiten der ausländischen Literatur werden berücksichtigt und referiert — ausgearbeiteten Werke gibt Verf. eine zusammenfassende italienische Darstellung der Wurmfortsatzentzündung. Die Schilderung beruht im wesentlichen auf der übersichtlich angeordneten Literatur, in der auch die neuesten Diskussionen und Arbeiten und vor allem das grundlegende Werk Sprengel's berücksichtigt werden. Daneben nehmen die eigenen Erfahrungen des Verf.s, die sich auf über 300 in der Biondi'schen Klinik in Siena beobachtete Fälle stützen, den entsprechenden Raum ein.

Die spezifischen Entzündungen (Tuberkulose, Aktinomykose), die Neubildungen des Wurms, dieser als Bruchinhalt und die Appendicitis in der Schwangerschaft werden in einem besonderen Abschnitt übersichtlich dargestellt.

Das gut ausgestattete Buch stellt für die italienischen Leser ein vortreffliches Nachschlagewerk dar, das eine wertvolle Bereicherung der Appendicitisliteratur bildet.

M. Strauss (Nürnberg).

---

28) **Carty and Grath.** Relation between appendicitis and disturbances in the gastro-duodeno-hepatico-pancreatic physiological system. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

Untersuchungen zahlreicher Wurmfortsätze, die gelegentlich bei der Operation an der Gallenblase, Magen und Duodenum mit entfernt und mehr oder weniger

obliteriert angetroffen wurden, lassen die Verff. zu der Annahme hinneigen, daß chronische Entzündungen des Wurmfortsatzes reflektorisch Störungen am Magen, dem Duodenum, dem Gallensystem und an dem Pankreas hervorzurufen vermögen.

Herhold (Brandenburg).

---

29) N. Friis. Sjeldent fund i appendix. (Tidsskrift for den norske Laegeforening 1910. Nr. 24.)

Eine 36jährige Dame, die während der letzten 6 Jahre mehrere Anfälle von akuter Appendicitis gehabt hatte, trank auf den Rat einer Kurpfuscherin Quecksilber. 5—6 Wochen später entschloß sie sich zur Operation. Bei der Freilegung des verwachsenen Wurmfortsatzes fanden sich in demselben ca. 40 teils eben sichtbare, teils stecknadelkopfgroße Quecksilberkugeln. In der stenosierten Spitze des Wurms lag ein etwas größerer Quecksilberklumpen. Aus dem Zeitpunkt, wann das Mittel genommen wurde, ergab sich, daß das Quecksilber wenigstens 14 Tage, wahrscheinlich aber 5—6 Wochen im Wurm verweilte.

Revenstorf (Breslau).

---

30) Sorge. Beruht der akute schwere Appendicitisanfall auf Entzündung oder mehr ileusartigen Vorgängen? (Med. Klinik 1911. p. 487.)

Bei den meisten frisch operierten Wurmfortsatzentzündungen (17 Krankengeschichten) weist noch innerhalb des Körpers der Wurmfortsatz bezeichnende mechanische Erscheinungen (entzündliche Stränge, Reste früherer Blinddarmentzündungsanfälle, Verwachsungen, strangförmige oder narbige Verkürzungen des Mesenteriolum, abweichend verlaufende Wurmfortsatzarterie, Abdrehung eines langen Wurmfortsatzgekröses) auf, die geeignet sind, die Entleerung des Inhaltes des Wurmfortsatzes zu behindern (Knickung, Störung der Blutzufuhr, entzündliche Schwellung, Verstopfung der Lichtung, Kotsteinbildung). — Vielfach, doch nie bei frischer schwerer Wurmfortsatzentzündung, umgeben die Bauhinsche Klappe zahlreiche Drüsen als Ausdruck einer mangelhaften Rückbildung nach früheren Entzündungen. Georg Schmidt (Berlin).

---

31) Wolfgang Kracek. Über einen Fall von Vereiterung eines rechtsseitigen Ovarialkystoms im Anschluß an Appendicitis. (Med. Klinik 1911. p. 536.)

Einer seit mehreren Monaten an rechtseitigen Unterleibsschmerzen, dann an Auftreibung des Bauches leidenden Frau wurde eine Cyste des rechten Eierstocks entfernt. Der durch das breite Mutterband gebildete, verhältnismäßig kurze Stiel der Cyste stellte ein flaches, etwa 8 cm breites Gebilde dar. Es ging ohne Unterbechung in das verdickte, entzündete und ödematös durchtränkte Mesenteriolum des Wurfmortsatzes über. Cystenstiel und Mesenteriolum waren zu einer Platte verwachsen, an deren Außenseite in einem flachen, rinnenförmigen Bette inmitten von dicken faserigen Schwarten der entzündete, verdickte Wurmfortsatz lag. Seine Spitze war mit der Eierstockscyste fest verklebt. Letztere enthielt Colibakterien.

Möglicherweise war es im Wurmfortsatz durch das Wachstum der Cyste zu Reizungen, Zerrung und Verschlimmerung der in ihm vorhandenen Verengerung gekommen. Die Wurmfortsatzentzündung ging dann in die Eierstockscyste hinüber. Georg Schmidt (Berlin).

---

32) **M. Koehler (Duisburg). Einige praktische Winke zur Behandlung des peritonitischen Ileus.** (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 10.)

An Stelle des Kehr'schen T-Rohres bei Enterostomiefistel nimmt K. ein 8—10 cm langes, nicht zu hartes Drainrohr, halbiert es in der ganzen Länge, sticht in der Mitte dieses dachrinnenförmigen Halbrohrs von der konkaven Seite her einen doppelt armierten Seidenfaden nach oben durch und knotet ihn auf der konvexen Seite; 1—$1^1/_2$ cm davon entfernt in der Längsrichtung des Halbrohrs — je nach der Größe der Fistel — verfährt man ebenso. Nunmehr hängt das Halbrohr an zwei Ösen, die man mit einer mittelkräftigen Seidenschlinge beschickt. Dann schiebt man das Halbrohr durch die Darmfistel in beide Darmschenkel so, daß die beiden Ösen in der Fistel erscheinen, und knotet ein die Länge der Hautwunde reichlich überragendes Drainrohr in der Längsrichtung der Wunde mittels der Schlingen fest, wodurch die Halbrinne die durchbrochene Darmwand nach den Bauchdecken hin anzieht. K. hat dieses Verfahren sehr bewährt gefunden.

Kramer (Glogau).

---

33) **L. Vaccari. Ernia inguinale acquisita dell' appendice rivestente tipo embrionario. Amputazione dell' appendice e cura radicale.** (Policlinico XVIII, 10. 1911.)

Bei einem 2jährigen Kinde, das an häufigen leichten Einklemmungserscheinungen im Bereiche eines rechtseitigen Leistenbruches litt, fand sich bei der Operation im Bruchsack der Wurmfortsatz, der, ziemlich lang, ohne deutliche Grenze in den Blinddarm überging und nur teilweise entfernt werden konnte.

Verf. glaubt, daß die Einklemmung des Wurms mit dem embryonalen Zustande desselben in Zusammenhang zu bringen ist.

M. Strauss (Nürnberg).

---

34) **F. Voelcker. Appendektomie und Radikaloperation einer rechtseitigen Leistenhernie in einer Sitzung.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Verf. ging bei drei Fällen der Heidelberger Klinik so vor, daß er den sonst bei der Radikaloperation der Leistenhernien üblichen Schrägschnitt nach oben verlängerte und nicht nur die Aponeurose des Obliquus abdominis externus, sondern auch den Muskel selbst noch ca. 3—4 cm nach oben spaltete. Im oberen Teil der Wunde wurden dann die Fasern des Musc. obliquus internus und transversus auseinander gedrängt, das Peritoneum eröffnet und der Wurmfortsatz entfernt. Nach Naht von Peritoneum und Muskeln wird im unteren Teil der Wunde die typische Radikaloperation der Hernie nach Bassini angeschlossen.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

35) **A. G. Atkinson. An unusual form of perineal hernia.** (Brit. med. journ. März 4. 1911.)

A. berichtet über einen seiner Meinung nach einzigartigen Fall von Bruchgeschwulst bei einem 3wöchigen Mädchen. Zwischen den Schamlippen ragt eine dunkelrote, leicht blutende, birnenförmige Masse hervor von $2^1/_2 : 3^3/_4$ cm Ausdehnung. Die Scheide war frei, der Stiel schien aus der Harnröhrenmündung hervorzugehen. Die erfolgreiche Operation und das Studium des Präparates er-

gaben, daß es sich um eine Bauchfellausstülpung der vesico-uterinen Falte durch die hintere Wand der Harnröhre handelte. Weber (Dresden).

---

36) R. M. Vick (St. Bartholomew's Hospital). Acute torsion of the great omentum. (Brit. med. journ. 1911. März 18.)

Bericht über einen Fall von Netzdrehung bei einem 29jährigen Mann, der unter akuten Erscheinungen zur Operation kam. Es fand sich eine abgelaufene Wurmfortsatzentzündung und das Netz durch eine 7fache Drehung um sich selbst in einen Strick verwandelt. Die Venen waren alle thrombosiert. Mit dem Wurmfortsatz bestand eine ganz leichte Verwachsung. Der Fall ist dadurch ausgezeichnet, daß sich das Netz frei in der Bauchhöhle befand und nicht mit dem freien Ende in einem Bruchsack befestigt war, wie sonst so oft bei Drehung des Netzes.

Weber (Dresden).

---

37) Gustaf Petrén. Über Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 2.)

Die umfangreiche Arbeit stammt aus der chirurgischen Klinik in Lund (Prof. Borelius). Sie bringt eine Zusammenstellung von 100 operierten Fällen von perforiertem Magen- oder Duodenalgeschwür mit akuter Peritonitis — nur in 6 Fällen war dieselbe umschrieben, in 1 Falle bestand ein retroperitonealer Abszeß. Das Material stammt aus der Klinik in Lund und aus mehreren städtischen Krankenhäusern in Südschweden. Die einzelnen den Chirurgen interessierenden Fragen werden an der Hand dieses Materials besprochen und mit den Erfahrungen anderer Autoren verglichen; besonders oft wird der Sammelbericht von Brunner aus dem Jahre 1903 zum Vergleich herangezogen.

Die Resultate und Erfahrungen mit seinem Material faßt Verf. dahin zusammen (gekürzt):

Bei den Patt. mit perforiertem Magengeschwür überwiegt etwas das weibliche Geschlecht, bei dem mit perforiertem Duodenalgeschwür sehr erheblich (um ein mehrfaches) das männliche.

Bezüglich der Umstände, unter denen die Perforation erfolgt, ist hervorzuheben, daß Traumen oder andere äußere Ursachen nur ganz ausnahmsweise, der Füllungszustand des Magens, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, nicht von Bedeutung für den Eintritt der Perforation ist. Die größte Perforationsfrequenz zeigt das Geschwür während des Nachmittags und Abends.

Seinen Sitz hat das perforierte Magengeschwür mit Vorliebe an oder in der Nähe der Curvatura minor auf der Vorderseite des Magens in seinem Pylorus- oder Mittelteil.

Unter den Fällen des Verf. zeigten 4 — d. i. 5% der Perforationsfälle! — mehr als ein perforiertes Geschwür.

Die Mehrzahl der Geschwüre, welche perforieren, sind mit Sicherheit alte, also nicht frische Geschwüre.

Die Anamnese ergibt, daß in mehr als der Hälfte der Perforationsfälle Pat. zuvor jahrelang Geschwürssymptome und ferner in einer recht großen Anzahl von Fällen solche während kürzerer Zeit gehabt hat. In einer geringeren Anzahl von Fällen — 10 von 89 — ist das Geschwür, besonders das Ulcus duodeni, so gut wie latent fast bis zur Perforation verlaufen. — Öfter geht der Perforation eine Steigerung schon zuvor bestehender Magenbeschwerden verschiedener Art voraus.

Was die Symptome anbelangt, so tritt Erbrechen bei mehr als der Hälfte der Perforationsfälle auf, und zwar bei der Mehrzahl von ihnen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Eintritt der Perforation.

Von den örtlichen Symptomen, der Muskelspannung und der umschriebenen oder diffusen Empfindlichkeit des Bauches, ist eins — in den meisten Fällen sogar beide — in jedem Falle von Geschwürsperforation schon während der allerersten Stunden vorhanden.

Die Pulsfrequenz bleibt in der großen Mehrzahl der Fälle während der ersten 5 Stunden nach der Perforation zwischen 80 und 100, um später zumeist zu steigen. Das Verhalten der Temperatur ist nicht besonders charakteristisch.

Prognostisch ist hervorzuheben, daß Operation ungefähr innerhalb der ersten 12 Stunden und vollständige Naht der Perforationsöffnung sehr wichtige Bedingungen für einen glücklichen Ausgang sind. Unter diesen Bedingungen haben Patt. unter 45 Jahren eine weit bessere Prognose als ältere Personen. Der Füllungszustand des Magens ist dagegen für die Prognose ohne erhebliche Bedeutung.

Bei Operationen innerhalb der ersten 12 Stunden gibt eine Pulsfrequenz von weniger als 100 eine ziemlich gute, eine solche von 120 und darüber eine ziemlich schlechte Prognose.

Bezüglich der Behandlung ist die Übernähung der Durchbruchsstelle die Normalmethode; doch ist in geeigneten Fällen eine Exzision des Geschwürsrandes oder ev. des ganzen Geschwürs eine rationelle Maßnahme, die keineswegs die Prognose verschlechtert.

Zur Frage, ob der Übernähung des perforierten Geschwürs eine Gastroenterostomie anzuschließen sei, nimmt Verf. den Standpunkt ein, das solle *nur* geschehen, wenn Pat. innerhalb der ersten 12 Stunden operiert wird, der Allgemeinzustand noch relativ gut ist und entweder mit Sicherheit schon die Anamnese oder erst der Operationsbefund eine Pylorusstenose ergibt.

Was die Frage der Säuberung der Bauchhöhle betrifft, so sprechen die Resultate des Verf. wenigstens nicht zugunsten einer Ausspülung der Bauchhöhle bei Frühoperation einer Geschwürsperforationsperitonitis. — Drainage der Bauchhöhle erscheint für den glücklichen Ausgang einer während der ersten 12 Stunden operierten Geschwürsperforationspertonitis zum mindesten nicht notwendig.

Was die Resultate der operativen Behandlung von perforiertem Geschwür in Schweden während des letzten Jahrzehnts anbelangt, so wurde ungefähr $^{1}/_{3}$ aller operierten, und $^{2}/_{3}$ von den während der ersten 12 Stunden operierten Perforationsfällen gerettet.

Von Todesursachen spielen außer der Peritonitis in einer beträchtlichen Anzahl (15%) Lungenkomplikationen, in einer geringen Anzahl der Fälle eine akute Magenblutung eine Rolle.

Die Nachuntersuchung der operativ geretteten Geschwürspatienten ergab, daß die Hälfte von ihnen später jahrelang gesund, völlig arbeitsfähig und symptomenfrei ist, und daß nur bei einer geringen Anzahl der übrigen Fälle schwere Geschwürssymptome auftreten. Eine Anamnese ohne Geschwürssymptome gibt für einen Perforationsfall eine gute, vieljährige Geschwürsbeschwerden in der Anamnese dagegen eine unsichere Zukunftsprognose. Bei Perforationen in der Nähe das Pylorus oder im Duodenum gibt die Naht verhältnismäßig günstige Dauerresultate.

Den Schluß der fleißigen Arbeit bilden die 100 Krankengeschichten.

H. Kolaczek (Tübingen).

38) Moore. The diagnosis of duodenal ulcer. (Southern California practitioner 1911. Nr. 2.)

Für die Differentialdiagnose zu verwerten sind die Periodizität der Anfälle durch eine Reihe von Tagen, Monaten und Jahren mit Unterbrechungen in ähnlichen Perioden, ferner die exzessive Schmerzhaftigkeit mit ihrem Sitz im Epigastrium, nach dem Rücken ausstrahlend, regelmäßig 2—5 Stunden nach der Mahlzeit einsetzend.

Der Schmerz läßt nach nach Magenspülungen, Zuführung von Alkalien oder Einnehmen einer frischen Mahlzeit. Deetz (Arolsen).

---

39) Mayo. Transgastric excision of calloused ulcer of the posterior wall of the body of the stomach. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

Bei 263 mit Operation wegen Magenkrebs behandelten Kranken wurde im St. Mary's Hospital festgestellt, daß 71% sich auf dem Boden eines Magengeschwürs entwickelt hatten. Verf. schließt daraus, daß chronische kallöse Magengeschwüre mit Resektion zu behandeln seien und die Gastroenterostomie nur als Hilfsoperation hinzugefügt werden könne. Schwierig ist die Exzision eines Magengeschwürs, das mehrere Zoll oberhalb des Pylorus an der kleinen Kurvatur nach der Cardia zu und an der hinteren Wand liegt. In solchen Fällen hat M. die transgastrische Exzision fünfmal mit Erfolg ausgeführt. Die Operation verläuft folgendermaßen. Durchtrennen des Lig. gastrohepaticum und gastrocolicum oberhalb und unterhalb des Geschwürs; Einführen von Gazetampons hinter den Magen von oben und unten, möglichste Loslösung der Verwachsungen des Geschwürs, ohne den Magen zu eröffnen. Nunmehr Schnitt durch die vordere Wand und Durchpressen der hinteren Geschwürsfläche durch diese Öffnung mit den hinter den Magen geführten Fingern. Ausschneiden der Geschwürsfläche und sofortiges Zusammennähen des Defektes mit von der Schleimhaut aus durchgehenden Nähten, Schluß der vorderen Öffnung im Magen. Einige Drainröhren werden hinter den Magen geführt und nach außen durch die obere Bauchwandwunde geleitet. Schluß der letzteren bis auf diese Stelle. Herhold (Brandenburg).

---

40) D. G. Zesas (Basel). Das primäre Magensarkom und seine chirurgische Behandlung. (Samml. klin. Vortr. Nr. 620.)

Magensarkome primärer Natur sind bisher 154mal beobachtet, entweder als endo- oder als exogastrische Geschwülste. Ihr Symptomenbild bietet nichts Charakteristisches dar, variiert nur, je nachdem es sich um eine Geschwulstbildung der einen oder der anderen dieser beiden Arten handelt; die exogastrischen verursachen keine oder nur geringe gastrische Erscheinungen. Die Diagnose ist nur selten vor der Operation gestellt worden. Die Prognose ist ohne solche eine schlechte; die endogastrischen Sarkome führen in 1—1½ Jahren, die exogastrischen in 2—3 Jahren zum Tode; Metastasen sind weniger häufig als beim Magenkrebs. Die bisherigen operativen Resultate sind nicht ungünstig; von 40 Resektionen des Magensarkoms (28 bei exogastrischem, 12 bei endogastrischem Sarkom) hatten 25 ein günstiges (18 exogastrische, 7 endogastrische Sarkome), 15 ein schlechtes Ergebnis; die Heilungsdauer beträgt bei einigen wenigen Fällen sogar 3 bis 4 bis 6 Jahre. Kramer (Glogau).

---

41) P. J. Sarnitzyn. Die Diagnose der Verengerungen des Digestionstraktus mit Hilfe formaldehydierter Gelatine. (Russki Wratsch 1911. Nr. 11.)

Unabhängig von Tornay (Berlin. klin. Wochenschrift 1910, Nr. 29) kam S. zur Anwendung von mit Formalin bearbeiteten Gelatinekapseln zur Diagnose der Stenosen des Pylorus und des Darms. Er läßt verschieden große Kapseln (0,5 bis 1,5 cm Durchmesser) leer oder mit Salol (zur Harnuntersuchung) oder mit Bismuthum subnitr. (Röntgen) gefüllt, schlucken. Nach mehreren Stunden werden die Kapseln — bei durchgängigem Magendarmkanal — mit dem Kot ausgeschieden, bei Pylorusstenose bleiben sie im Magen und werden beim Spülen desselben oder beim Brechen herausbefördert. Zehn durch Operation oder Sektion kontrollierte Fälle zeigten die Zweckmäßigkeit des Verfahrens.

Gückel (Kirssanow).

---

42) J. W. Thompson. Intussusception of the appendix. (Brit. med. journ. 1911. März. 4.)

Bericht über 2 Fälle von Intussuszeption des Wurmfortsatzes bei Kindern von 6 und 4 Jahren. Beide Male handelte es sich um eine Einstülpung des Blinddarms, an der der Wurmfortsatz Anteil genommen hatte.

Weber (Dresden).

---

43) G. Forni (Bologna). L' esclusione del tenue. (Clin. chir. 1911. Nr. 3.)

F. hat an 12 Hunden die Enteroanastomose und die uni- und bilaterale Ausschaltung von Dünndarm gemacht und die ausgeschaltete Darmschlinge untersucht. Die einfache Enteroanastomose und die unilaterale Ausschaltung des Darmes sind nicht gefährlich, während die bilaterale Ausschaltung meistens zum Tode führt; und zwar war die Todesursache ein Platzen des doppelt geschlossenen Darmstückes und Peritonitis. In der Wand des derart ausgeschalteten Darmes beobachtete F. Entzündung, Nekrose, starke Leukocyteninfiltration und multiple Infarkte in allen Wandschichten. Bei den zwei nicht gestorbenen Hunden fand man, 140—145 Tage nach der Operation, eine Verkleinerung des ausgeschalteten Darmstückes auf $^{1}/_{3}$ und Obliteration der Darmlichtung. Mikroskopisch fand man eine Sklerose aller Darmwandschichten und eine Atrophie der Muskulatur. Im Innern des Darmes fanden sich wenige Gramm einer rotbraunen, gelatinösen Substanz. Die Darmschlinge bei der unilateralen Ausschaltung zeigte eine Sklerose der Serosa, kleinzellige Infiltration der Wand und Desquamation des Epithels. Während die Muscularis im distalen Teil sklerotisch und atrophisch ist, ist sie im proximalen hypertrophisch. Die einfache Enteroanastomose ruft an den Darmschlingen keine histologischen Veränderungen hervor.

Stocker jun. (Luzern).

---

44) Ed. Allard. Über die gutartige Stenose an der Flexura coli sinistra. (Med. Klinik 1911. p. 643.)

Zwei Fälle Payr'scher Doppelflintenverengerung der Flexura coli lienalis. Aus den Krankengeschichten heben sich Payr's Okklusionskrisen hervor. Druck auf die Gegend des Blinddarms oder der Flexura coli hepatica löste Schmerzen unter dem linken Rippenbogen aus (umgekehrtes Rovsing'sches Zeichen). Nach Füllung des Dickdarms mit Wismutaufschwemmung traten im Röntgenbilde der

Hochstand der Flexura coli sinistra, die Steilstellung und Aneinanderlagerung des queren und des absteigenden Dickdarms deutlich hervor; letztere waren, wie die Operation ergab, flächenhaft fest verwachsen. Die Enteroanastomose zwischen beiden Darmrohren brachte Heilung.

Die ungünstige Mechanik der Kotbewegung über die unter dem linken Rippenbogen hoch und fest aufgehängte Flexura coli lienalis führt zu Katarrh, Geschwüren, Perikolitis und Verwachsungen. Georg Schmidt (Berlin).

---

45) H. Delore et L. Lambert. Sigmoidite et cancer. (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 150.)

Verff. veröffentlichen aus der Praxis D.'s 3 Fälle, welche in sehr instruktiver Weise zeigen, wie schwierig die Differentialdiagnose zwischen einer einfachen Sigmoiditis und einem durch Abszeßbildung komplizierten Dickdarmkrebs sein kann; in vielen Fällen, jedenfalls in zahlreicheren als man bisher annahm, läßt sich die Diagnose erst bei der Operation oder bei der histologischen Untersuchung mit Sicherheit stellen. Literaturverzeichnis von 11 Nummern (französisch).

Boerner (Erfurt).

---

46) J. Poulain. Sigmoïdites et infection des organes génitaux internes de la femme. (Arch. génér. de chir. V. 1 u. 2. 1911.)

Auf Grund von 19 teils eigenen, teils aus der Literatur zusammengesuchten Fällen gibt P. eine ausführliche Schilderung des Zusammenhangs zwischen Erkrankungen der weiblichen Adnexe und den Erkrankungen des S romanum, wobei vor allem die Genese dieses Zusammenhanges und der Erkrankungen berücksichtigt wird. Die eingehende Darstellung der Anatomie der Lymphwege, des Zellgewebes und des Bauchfells der in Frage stehenden Gegend ergibt, daß die wechselseitige Infektion durch das Bauchfell stattfindet. Es bildet sich eine Pelveoperitonitis adhaesiva, die so zahlreiche und derbe Verwachsungen bedingen kann, daß eine obstruierende paraintestinale Geschwulst entsteht. Die Infektion kann primär in den Adnexen sitzen und vermittels des Lymphweges oder durch Kontinuität die Serosa des Bauchfells erreichen, von der sie auf die Serosa des Darmes übergreift. Bei primärer Sigmoiditis — eventuell auf der Basis einer Verstopfung — kommt es zu einer sekundären Darmwandentzündung, die wiederum eine adhäsive auf die Adnexe übergehende Peritonitis bedingt.

Die Infektion wird begünstigt durch schlechten Allgemeinzustand, Fremdkörper (Seidenligaturen) im kleinen Becken, Hämatokelen, Retroversio uteri, Myome, Verstopfung und Dickdarmdivertikel. Das auslösende Moment bildet gonorrhoische Adnexerkrankung oder puerperale Staphylokokken- oder Streptokokkeninfektion, weiterhin Adnextuberkulose oder -Aktinomykose. Von seiten des Dickdarms kommt Coli- oder Tuberkelinfektion, seltener Typhus und Dysenterie in Betracht.

Bezüglich der Symptome betont P., daß Darminfektionen Adnexerkrankungen vortäuschen können, und daß bei bestehenden Verwachsungen die Darmerkrankungen die Adnexaffektionen verschlimmern, woraus die Häufigkeit der linkseitigen Salpingitiden hervorgeht.

Therapeutisch kommt die Vermeidung von Verstopfung und von Seidenligaturen als Prophylaxe in Betracht. Bei Adnexerkrankungen mit linkseitigen Symptomen sind Darmspülungen den Scheidenirrigationen vorzuziehen, weil die ersteren gleichzeitig eine Desinfektion des Dickdarms bewirken. Erst nach dem

Versagen der konservativen Behandlung kommen operative Eingriffe (Totalexstirpation von Uterus und Adnexen) in Frage. M. Strauss (Nürnberg).

---

47) **Michelson. Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea.** (St. Petersburger med. Wochenschrift 1911. Nr. 7).

Unter Vorstellung eines operierten Kranken mit vollständiger Gangrän der Flexur empfiehlt M. als Methode der Wahl für die Fälle, bei denen noch keine tiefgehende Schädigung des Darmes vorhanden, die doppelseitige Fixation des Mesenterium an die vordere Bauchwand. Läßt sich der torquierte Darmabschnitt nicht mehr erhalten, so soll die Resektion der Flexur zweizeitig vorgenommen werden. Deetz (Arolsen).

---

48) **v. Haberer. Zur Frage der primären Dickdarmresektion.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 4.)

v. H. glaubt heute auf Grund seiner klinischen Erfahrung an 19 Dickdarmresektionen mit 3 Todesfällen nach der Operation die primäre Dickdarmresektion empfehlen zu können, die man früher wegen der schlechten Resultate prinzipiell unterlassen hat. Eine End- zu- Endanastomose wurde durchweg vermieden und die seitliche Anastomose auch der Einpflanzung End- zu- Seit vorgezogen.

Die Krankengeschichten zeigen in einzelnen Fällen, daß ein Dickdarmkarzinom primär noch resezierbar ist, das z. B. nach der zweizeitigen Verlagerungsmethode als inoperabel gelten müßte. Die operative Technik für die primäre Dickdarmresektion ist im allgemeinen die von Kocher in seinem Lehrbuch angegebene sehr einfache Methode. Die Laparotomiewunde soll möglichst sofort ohne Drainage geschlossen werden, nachdem alle des Bauchfells entblößten Buchten durch Naht wieder gedeckt sind. Empfehlenswert ist es, die laterale Enteroanastomose zuerst und dann erst die Dickdarmresektion vorzunehmen, damit man diese bei irgendwelchen Indikationen event. auf eine zweite Sitzung verschieben kann.

E. Siegel (Frankfurt a. M.)

---

49) **Gustav Singer. Diagnose und Therapie der Erkrankungen des unteren Darmabschnittes.** (Med. Klinik 1911. p. 602.)

Unter den Untersuchungsverfahren treten besonders hervor die Austastung des Mastdarmes, unter Umständen mit Lagewechsel des Kranken, und die Mastdarmspiegelung. Hierfür verwendet S. in der Regel das Kelly-Schreiber'sche Verfahren. Bei Knie-Ellbogen- oder Knie-Brustlage wird der innere Bauchdruck herabgesetzt; der Mastdarm erweitert sich unter der einströmenden Luft; diese genügt für die Spiegelung. Nur wenn am Übergange vom Mastdarm in die Flexur Darmwandkrämpfe vorhanden sind, wird das Einblasen von Luft erforderlich. Es ist aber gefährlich, unbequem, verändert das regelrechte Darmbild und führt schließlich bei starkem Darmkrampfe nicht einmal zum Ziele.

Anzeigen für die Rektoromanoskopie. Verwertung verschiedener, auch feinerer Befunde, vornehmlich von Blutungen (aus Schleimhautgeschwüren, aus arteriosklerotischen Veränderungen, aus unverletzter Schleimhaut in den Wechseljahren). Hinweise auf die Polyposis recti, die geschwulstbildende Sigmoiditis, die gutartige Sigmoiditis nebst Colitis ulcerosa, meist infolge von Ruhr, auf Ruhrnarben, gutartige Verengerungen nach Operationen, Makrokolitis mit umschriebener Erweiterung der Flexura sigmoidea, Pseudookklusionen des Darmes usw. Mastdarmspiegelbilder von geschwüriger Kolitis.

Abbildung eines Pulverbläsers für den Mastdarm und eines doppelläufigen Metallkatheters für Mastdarmspülungen. Georg Schmidt (Berlin).

---

50) W. R. Braizew. Der Mastdarmkrebs. Die operative Behandlung desselben. Diss., Moskau 1910. 189 S. u. 10 Tafeln. (Russisch.)

Die Arbeit, entstanden auf Veranlassung des verstorbenen Prof. P. J. Djakonow, zerfällt in folgende Kapitel: Anatomie (eigene Studien an zahlreichen Leichen), Ätiologie, pathologische Anatomie, klinischer Verlauf, Diagnose, Geschichte der Radikaloperation, Operationsindikationen und Prognose, Operationstechnik, Nachbehandlung, palliative Behandlungsmethoden. Angefügt sind 34 Krankengeschichten (11 †); davon wurden operiert nach der perinealen Methode 1, mit Exzision des Steißbeins 7, nach Kraske 12 (3 †), 2 Fälle von Mastdarmsyphilis, operiert nach Kraske (1 †); nach kombinierter Methode 2 (beide †), Operation wegen Verwachsungen nicht beendet 4 (2 †), Operation wegen Rezidiv 2, palliative Kolostomie 3 (2 †), endlich ein Fall von Mastdarmkrebs und gleichzeitig Krebs des Blinddarms und des Colon ascendens mit Invagination des Dünndarms in den Blinddarm. Resektion des Dünn-, des Blinddarms und aufsteigenden Dickdarms (†).

Schlußsätze. Der Mastdarm zerfällt hinsichtlich der Ernährung in zwei Teile, deren Scheidelinie durch die Grenze der Verzweigungen der Aa. haemorrhoidales mediae gebildet wird. Der eine Teil wird durch die A. h. superior, der andere durch die Aa. h. sup., mediae und inferior und zum Teil durch die A. sacralis media ernährt. Die Verteilung der Lymphbahnen ist mit den Ernährungsgebieten verbunden und ihr Verlauf wird durch den Verlauf der Blutgefäße des betreffenden Gebietes bestimmt. Die Untersuchungen des Verf.s stellen zum ersten Male die Existenz sakraler Lymphgefäße fest, von denen die einen aus der hinteren Peripherie des subkutanen pararektalen Lymphnetzes entspringen, die anderen aus der Gegend, wo der Levator ani sich am Darm befestigt; sie münden in die seitlichen sakralen Drüsen und in die Drüsen der Promontoriumgegend. Das Lymphnetz der Mastdarmschleimhaut und das Netz des häutigen Teiles des Afters sind ununterbrochen miteinander verbunden. — Die Verbreitung des Krebses ist verschieden im unteren und oberen Abschnitt des Mastdarms: im unteren geschieht sie in den Lymphbahnen und durch dieselben im Zellgewebe nach oben und in die Breite, im oberen nur nach oben. Liegt die untere Grenze des Krebses nicht über 5 cm vom After (Grenze der Verzweigung der Aa. haem. mediae), so muß der ganze tiefer gelegene Teil des Mastdarms mit den Sphinkteren als affiziert angesehen werden; hier ist die hohe und breite Amputation angezeigt; liegt der Krebs höher, ist die Resektion indiziert. Auf Radikalheilung kann man nur dann hoffen, wenn der Krebs die Darmwand nicht überschreitet und wenn das Zellgewebe in weitem Umfang und die regionären Drüsen entfernt werden. Hat der Krebs die Fascia propria recti durchbrochen, so wird die Prognose betreffs Dauerheilung zweifelhaft. Bei Verwachsungen mit den Beckenwänden und unvermeidlicher Blasenresektion muß die Operation abgelehnt werden. Nur die Methoden mit Steißbeinresektion, die sakralen, die vaginale und kombinierte Methode geben für breite und radikale Operation genügend Raum. Bei Operationen von unten beginnt man die Auslösung des Mastdarms am besten vom subperitonealen Abschnitt über dem Beckenboden aus; der Darm muß mit der Fascie zusammen abgelöst werden. In allen Fällen, wo größere Mobilisierung des Mastdarms nach oben hin notwendig ist, muß man zwecks Vermeidung von Gangrän die Laparotomie

machen und die A. mesenterica inferior über dem tiefen Ast zum Colon pelvinum unterbinden. Das eröffnete Bauchfell muß vor Eröffnung des Darmes genäht werden; nur wenn man Verunreinigung befürchtet, darf man es tamponieren. Die Wunde kann nur in Ausnahmefällen genäht werden; gewöhnlich muß sie offen bleiben und locker tamponiert werden. Die vorläufige Kolostomie ist nur bei Unmöglichkeit, den Darm zu reinigen (Stenose) und bei Ileus angezeigt. Eine der Hauptaufgaben beim Studium des Mastdarmkrebses ist die vergleichende Beurteilung des histologischen Baues und des klinischen Verlaufes in jedem Einzelfalle; dasselbe gilt von den Rezidiven — hier ist sie zur Aufklärung des Wesens der Spätrezidive wichtig.

Das Literaturverzeichnis bringt 350 Nummern; Tafel 1—4 die Anatomie der Blut- und Lymphgefäße, 5—6 makroskopische, 7—10 mikroskopische Bilder. Die Tafeln sind ausgezeichnet gelungen. Gückel (Kirssanow).

---

51) F. Voelcker. Sakrale Rektumexzision. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Für die sakrale Mastdarmexzision empfiehlt Verf. dringend die Bauchlage der Pat., die Narkose und ein operatives Vorgehen, das sich auf der topographischen Anatomie dieser Gegend aufbaut. Er schildert dann eingehend seine operative Technik, zu der er durch zahlreiche Operationen an der Leiche und am Lebenden gelangt ist. Durch Zerlegung der Operation in mehrere Akte wird sie viel anschaulicher; auch drei lehrreiche Skizzen dienen diesem Zwecke. Zu kurzem Referat ist die Operationsschilderung natürlich nicht geeignet. Verf. ist, wie er am Schluß bemerkt, auf diese Operation so ausführlich eingegangen, weil er aus den Lehrbüchern und Spezialarbeiten den Eindruck gewonnen hat, daß die Forderungen, welche aus der topographischen Anatomie für den Verlauf der Operation zu stellen sind, nicht klar genug ausgearbeitet sind. Vor allem legt er Wert auf die exakte Durchtrennung des Musc. levator ani und der Fascia pelvis.

H. Kolaczek (Tübingen).

---

52) Lusk. Resection of the male rectum for cancer by the combined method in two stages. (Annals of surgery 1910. December.)

L. operiert das Mastdarmkarzinom zweizeitig; zur abdominalen Operation (Eröffnung des Leibes und Freimachen des Darmes) bedient er sich der Lumbalanästhesie nach Barker. Für diese wird der Kranke auf die Seite mit erhöhtem Kopf und Nacken einerseits und erhöhtem Becken andererseits gelagert. Dann wird die von Barker (Brit. med. journ. 1907, 665) vorgeschlagene Stovain-Glukoselösung intralumbal eingespritzt, welche vermöge ihres viel größeren spezifischen Gewichts sogleich an den tiefsten Punkt des Wirbelkanals (Mitte des dorsalen Teiles) sinkt und infolge dessen eine Anästhesie bis zum Nabel hervorruft, ohne in die gefährliche Gegend des Halsmarkes hinaufzugelangen. Auch wenn der zu Operierende nachher auf dem Rücken mit hochgelegenem Kopf und Hüften liegt, wird dieselbe Wirkung erzielt. Der zweite Teil der Operation, die sacroperineale Resektion, wird gleich am nächsten Tage in Äthernarkose ausgeführt. Ein auf diese Weise operierter günstig verlaufener Fall wird geschildert. Die Stovain-Glukoselösung kann auf 115° erhitzt werden, ohne an Wirkung zu verlieren. Herhold (Brandenburg).

---

53) Albertin. De l'ablation en un seul bloc de la masse recto-utéro-annexielle et du tissu cellulaire périphérique comme méthode opératoire dans le cancer du rectum chez la femme (voie abdomino-périnéale). (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 109.)

54) Goullioud. De l'amputation abdomino-périnéale du rectum avec hysterectomie concomitante. (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 114.)

55) L. Tixier. De l'hystérectomie abdominale totale systématique dans le traitement du cancer du rectum et du côlon pelvien. (Lyon chirurg. 1911. Bd. V. p. 135.)

Die drei interessanten Arbeiten behandeln dieselbe Frage, die Fortnahme der inneren Genitalien beim Mastdarmkrebs des Weibes.

A. schlägt vor, in allen Fällen von hoch hinaufreichenden oder hochsitzenden Mastdarmkarzinomen in methodischer Weise Uterus, Adnexe, Mastdarm bzw. auch Colon pelvinum und Beckenbindegewebe als eine zusammenhängende Masse in einer Sitzung auf abdomino-perinealem Wege zu entfernen. Technisch sei dies Verfahren einfacher als dasjenige Tixier's, vor allem aber vermeide man die Gefahr, bei getrennter Herausnahme von Uterus und Mastdarm in bereits karzinomatös infiziertes Gewebe zu geraten. Allerdings sei der Eingriff ein großer — von drei Pat. überstand ihn nur eine! —, aber bei Mastdarmkarzinomen von einer gewissen Ausdehnung trotzdem gerechtfertigt.

G. hält in erster Linie die Fortnahme der Genitalien für gerechtfertigt, wenn man nach dem Laparotomieschnitt feststellt, daß der Uterus durch Verwachsungen mit der Neubildung zusammenhängt; neuerdings aber auch, nach dem Vorbilde von Tixier, wenn die vorherige Entfernung der Genitalien die Fortnahme der Geschwulst erleichtert. Auch G. entfernt, wenn möglich, Mastdarm, innere Geschlechtsorgane und noch die hintere Scheidenwand en bloc; er legt zur leichteren Peritonisierung bzw. zum Abschluß der Bauchhöhle Wert auf die Erhaltung des Colon pelvinum. Er berichtet über vier Fällen von Mastdarmamputation mit gleichzeitiger Entfernung der inneren Genitalien: 1 Pat. starb 16 Monate nach der Operation an Rezidiv, 1 Pat. 42 Tage nach der Operation an Lungenembolie, 1 Pat. 25 Tage nach der Operation an Wundinfektion; die 4. Operierte lebt seit mehr als 1 Jahr rezidivfrei.

Bei einer 5. Pat. machte G. die Resektion des Mastdarms mit nachfolgender Vereinigung der Darmenden durch Naht von der Bauchhöhle aus, nachdem 14 Tage vorher ein Blinddarmafter angelegt worden war und nachdem zunächst der Uterus mit den Adnexen im Beginn der Operation fortgenommen war. Die Pat. ist mehr als 2 Jahre rezidivfrei.

Sowohl A. wie G. geben eine ausführliche Darstellung ihrer Operationstechnik; wichtig ist es, Bauchfellappen, z. B. von der Vorderseite des Uterus, zu bilden, um später die Bauchhöhle abschließen zu können; die Erhaltung des Colon pelvinum zu diesem Zwecke ist schon erwähnt worden. In der Arbeit G.'s finden wir drei gute Abbildungen im Text.

T., welcher in Frankreich die systematische abdominelle Entfernung des Uterus und der Adnexe als Voroperation für die Exstirpation des karzinomatösen Mastdarms auf abdomino-pernieälem Wege eingeführt hat, berichtet über sehr gute Spätresultate und zieht daraus nachstehende Folgerung. Die genannte Operation erleichtert die Exstirpation des Mastdarms und macht sie zu einer weniger eingreifenden; man soll sie anwenden, wenn der Krebs infolge seiner Ausdehnung oder wegen seines hohen Sitzes rein perineal nicht entfernt werden

kann; hierbei ist es gleichgültig, ob der Uterus gesund oder bereits erkrankt bzw. suspekt ist. Kann man eine Resektion mit Erhaltung des Sphinkter ausführen, so ist die Fortnahme des Uterus notwendig, um die Darmnaht sicher ausführen zu können. Vier gute Abbildungen im Text. Boerner (Erfurt).

---

56) G. Ricci. Intorno all comportamento della milza e del grande epiploon in seguito alla legatura totale dei vasi splenici. (Annali del R. istituto di patologia chirurgica di Padova II. 1910 u. Gaz. med. lombarda 1910. 43—45.)

An 13 Meerschweinchen und Hunden wurden die Versuche von Pirone, sowie von Renzi und Boeri nachgeprüft.

Nach Unterbindung der Milzgefäße nahe dem Hilus schwillt die Milz zuerst mächtig an, um später kleiner zu werden, indem das Milzparenchym progressiv und diffus nekrotisch wird. Das große Netz verlötet mit der Bauchwand und hüllt andererseits die Milz ein, wobei die betreffenden Epithelien zugrunde gehen und vom Netz Phagocyten auswandern, die die nekrotischen Milzherde aufsaugen und zur Vernarbung der Milz führen. Später erlangt das Netz wieder seine normale Beschaffenheit. Die Mesenterial- und Mediastinaldrüsen zeigen leichte Schwellung. Die Tiere magern nach der Unterbindung der Milzgefäße vorübergehend ab.

M. Strauss (Nürnberg).

---

57) P. J. Cammidge. The diagnosis of the commoner causes of chronic jaundice. (Brit. med. journ. 1911. März 4.)

Vier Fünftel aller Fälle von Gelbsucht sind bedingt durch mechanischen Verschluß, dessen häufigste Ursache nach C.'s Erfahrungen an 400 Fällen Gallensteine und Pankreaskrebs sind. In 32% seiner Fälle von Choledochussteinen fand sich kein Ikterus. C. fand bei Gelbsucht 7,5% Zucker, und zwar gleich häufig bei Steinen wie beim Pankreaskrebs. Ist die nach dem Verf. benannte Pankreasreaktion positiv, so beweist das irgendeinen noch tätigen degenerativen Vorgang entzündlicher Art im Pankreas. Besteht als Folge einer Entzündung eine einfache, zur Ruhe gekommene Bindegewebsentartung des Pankreas, so ist die Reaktion negativ. In seinen Fällen von chronischer Gelbsucht fand C. die Reaktion in 64% positiv. Davon betrafen fast die Hälfte Steine im Choledochus. Von allen seinen Fällen von Gallensteinen im Choledochus ergaben fast 70% eine positive Reaktion, von den Fällen von Pankreaskrebs nur 30%. Letzteres deutet auf entzündliche Vorgänge im Pankreas als Folge der Verlegung von Drüsengängen. Daß auch der gewöhnliche katarrhalische Ikterus äußerst häufig mit entzündlichen Vorgängen im Pankreas verbunden ist, beweist die hohe Zahl von 80% positiver Reaktionen in seinen Fällen dieser Art. Die positive Pankreasreaktion beim chronischen Ikterus beweist also das Vorhandensein einer Pankreatitis, zeigt aber nicht an, ob diese bedingt ist durch Gallensteine, Geschwulst oder aufsteigende Infektion vom Duodenum her. Weber (Dresden).

---

58) Pfahler (Philadelphia), übersetzt von Hänisch (Hamburg). Die Röntgenstrahlen als Hilfsmittel bei der Gallensteindiagnose. (Fortschritte a. d. Gebiete d. Röntgenstrahlen Bd. XVI. Hft. 5.)

Zur Technik führt Verf. an: gründliche Darmentleerung, zweckmäßige Lagerung des Pat. Verf. lagert den Pat. auf den Bauch mit der Platte unter der Gallen-

blasengegend; die Arme sind aufwärts gestreckt, so daß Pat. mit Brust, Ellbogen und Gesicht flach auf dem Tische liegt. Der Oberkörper wird möglichst weit nach links gebeugt, nicht rotiert. Hierdurch wird der Zwischenraum zwischen den unteren Rippen und dem Darmbeinkamm zum möglichsten Klaffen gebracht.

Die Röhre mit Kompressionszylinder wird so eingestellt, daß der Normalstrahl schräg zwischen letzter Rippe und Darmbeinkamm nach der Gallenblase zu gerichtet ist. Blende ist nötig, Kompression nicht unbedingt.

Exposition so kurz wie möglich, im Atemstillstand. Der Härtegrad der Röhre soll der gleiche sein wie bei Nierenuntersuchungen (6—7 Benoist).

Verf. verfügt über drei positive Fälle, in denen die Diagnose operativ bestätigt wurde. Bis jetzt ist in keinem seiner negativen Fälle bei der Operation ein Stein gefunden worden, womit Verf. allerdings noch nicht sagen will, daß alle Steine nachweisbar wären. Seine Schlußfolgerungen seien wörtlich angegeben:

»1) Gallensteine sind röntgenologisch nur dann nachweisbar, wenn die in ihnen enthaltenen Substanzen größere Dichtigkeit aufweisen als die umgebenden Weichteile. Dies ist wohl meist gleichbedeutend mit einem gewissen Gehalt von Kalziumsalzen.

2) Unter günstigen Bedingungen dürfte ein gewisser Prozentsatz von Gallensteinen nachweisbar sein, aber nur die positive Diagnose ist brauchbar. Findet sich kein Steinschatten, so ist deshalb keineswegs auf die Abwesenheit von Steinen zu schließen.

3) Meines Erachtens können nur solche Untersucher hoffen, Gallensteine zu finden, welche eine gute Nierensteintechnik vollkommen beherrschen. Oberflächliche Berichte auf Grund ungenügender Platten diskreditieren nur die Röntgendiagnostik.

4) Bei der geringen Zahl operativ bestätigter Untersuchungsergebnisse haben Statistiken keinerlei Wert. Sorgfältige gemeinsame Arbeit eines erfahrenen Röntgenologen und eines Chirurgen mit großer Gallensteinpraxis würde am ehesten den tatsächlichen diagnostischen Wert des Verfahrens dokumentieren.«

Gaugele (Zwickau).

---

59) **F. Voelcker. Transduodenale Drainage des Ductus hepaticus bei Plastik des Ductus hepatico-choledochus.** (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Die Arbeit stammt aus der Heidelberger Klinik. Sie soll nach den Worten des Verf. dazu beitragen, Operationen, welche die Schließung von Defekten des Ductus hepaticus oder choledochus durch Ringnaht oder Plastik zum Ziele haben, in ihren Resultaten sicherer zu gestalten.

Nach einem Überblick über die von den verschiedenen Autoren angewandten Methoden beschreibt Verf. den von ihm eingeschlagenen Weg, ohne den Anspruch auf die alleinige Vaterschaft zu erheben; denn wie ihm ein nachträgliches Literaturstudium zeigte, hat schon v. Stubenrauch auf Grund von Tierversuchen denselben Vorschlag gemacht.

Das Verfahren ist folgendes: noch bevor die Ringnaht usw. des durchtrennten Gallenausführungsganges ausgeführt wird, wird ein Drainrohr, das mit seinem Ende im Ductus hepaticus liegt, in den Stumpf des Choledochus durch die Papilla Vateri in das Duodenum und von dort durch eine kleine Inzision der gegenüberliegenden Duodenalwand mittels Witzelfistel schräg nach außen geleitet; erst nachdem das Drainrohr liegt, wird über demselben die Naht bzw. die gewünschte

plastische Operation vorgenommen. Nach einigen Tagen wird das Drainrohr herausgezogen, und die Galle tritt in den Darm; letzteres kann auch schon, solange das Rohr noch liegt, durch ein an richtiger Stelle angelegtes Fenster erreicht werden. Zwei Krankengeschichten, bei denen das Verfahren angewandt wurde, werden mitgeteilt. Auch bei anderen Operationen der Gallenwege läßt es sich mit kleinen Änderungen anwenden, so bei der direkten Einpflanzung des Ductus hepaticus in das Duodenum; eine Krankengeschichte.

Ist dagegen das duodenale Ende des Choledochus in seinem freien Verlaufe noch lang genug (d. h. mindestens 2 cm lang), so wird das drainierende Rohr besser durch einen kleinen seitlichen Schlitz in diesem freien Abschnitt herausgeleitet: Mitteilung von zwei Fällen.

Drei Abbildungen erläutern den Text. H. Kolaczek (Tübingen).

---

60) Babcock. The effects of chronic cholecystitis on the heart. (Southern California practitioner 1911. Nr. 3.)

B. glaubt, daß bei Gallensteinkranken weit häufiger Herzerkrankungen vorkommen, als gemeinhin angenommen wird. Die Infektion des Gallensystems und die Koliken als solche sind für den Herzmuskel nicht gleichgültig. Es gibt Gallensteinanfälle, die unter dem Bilde der Angina pectoris verlaufen. Bei 13 Kranken beobachtete B. 10mal schwere Herzstörungen.

Deetz (Arolsen).

---

61) G. Bolognesi. Le cisti del mesenterio. (Clin. chir. 1911.)

Je ein Fall von solitärer und von mehrfacher Cystenbildung im Mesenterium des Dünndarms. Da die Exstirpation der Cysten unmöglich, werden sie eröffnet und eingenäht. Auf Grund der histologischen Untersuchung faßt Verf. beide auf als Lymphcysten, durch Lymphstauung bedingt.

Gümbel (Charlottenburg).

---

62) A. W. Smirnow. Zur Frage von den primären bösartigen Neubildungen des Mesenteriums. (Praktitscheski Wratsch 1911. Nr. 11.)

25jähriger Mann, seit $1^1/_2$ Jahren an Aufstoßen, Brennen, Blähung und Durchfall leidend. Am Bauch in der Nabelgegend eine faustgroße, sehr bewegliche Geschwulst. Achylia gastrica. Operation: Entfernung der Geschwulst mit Mesenterium und 41 cm Dünndarm. Heilung. Der größte Durchmesser der Geschwulst war 10 cm, das Gewicht 420 g; sie erwies sich als Lymphosarkom. — In der russischen Literatur sind nur noch fünf ähnliche Fälle beschrieben.

Gückel (Kirssanow).

---

63) E. Branch. On operations for elephantiasis. (Journ. of tropical med. and hygiene 1910. Nr. 10.)

Verf. behandelt Skrotalgeschwülste in der Weise, daß er mit einem Schnitt in der Mittellinie beginnt, der von den Pubes bis zur Harnröhrenmündung reicht. Ein eingelegter elastischer Katheter schützt die Harnröhre vor Verletzung. Der Penis wird in seiner ganzen Länge ausgeschält. Durch geeignete Schnittführung entstehen aus der Skrotalhaut zwei große halbmondförmige Lappen. Nach Eröffnung der stets reichlich mit Hydrokelenflüssigkeit gefüllten Tunica vaginalis erscheinen die Hoden und Samenstränge, die frei präpariert und in eine aus den

beiden Lappen gebildete Hauttasche versenkt werden. Drainage. Vorsichtige Nachbehandlung, um Verwachsungen des Penis und des Hodensackes zu verhüten. — Ist die Amputation eines Beines wegen Elephantiasis indiziert, so empfiehlt es sich, das erkrankte Glied unterhalb des Knies abzusetzen, auch wenn der Oberschenkel miterkrankt ist. Die Furcht vor Rezidiven bei der Benutzung elephantiastisch veränderten Gewebes zur Hautplastik ist unbegründet.

Revenstorf (Breslau).

---

64) Noferi. Trattamento della ritenzione inguinale del testicolo. (Gaz. degli osp. e delle clin. 1911. Nr. 49. Reg. accad. dei fisiocritici di Siena. Sed. 25. Febbr. 1911.)

60mal hat N. Leistenhoden operiert. Hoden und Samenstrang wurden möglichst freigelegt, der Processus vaginalis reseziert, der Leistenkanal nach der Methode Bassini's wieder hergestellt und der Hoden zwischen Tunica scrotalis und Haut fixiert. Die meisten Operierten wurden lange nach der Operation revidiert und zeigten den Hoden an seiner Stelle. Auch hatte derselbe, wenn die Operation in den Pubertätsjahren vorgenommen war, Größe und Form des normalen Hoden angenommen.

Dreyer (Köln).

---

65) Moschcowitz. The anatomy and treatment of undescended testis with especial reference to the Bevan operation. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

M. unterscheidet wie die meisten anderen Autoren zwischen nicht herabgestiegenem Hoden und schlecht herabgestiegenem. Der erstere liegt entweder am inneren Leistenring, im Leistenkanal, im äußeren Leistenring oder im oberen Teil des Hodensackes; beim schlecht herabgestiegenen Hoden ist dieser durch den Leistenkanal zwar herausgetreten, er lagert sich aber entweder unter die Fascie des M. obliquus extern., ins Scarpa'sche Dreieck oder endlich ins Perineum. Der Körper des nicht herabgestiegenen Hodens ist meist kleiner und weicher, während der Nebenhoden gut entwickelt zu sein pflegt; das Vas deferens ist oft geknickt, der Proc. vaginalis offen und zu kurz, so daß er nicht bis zum Boden des Hodensackes reicht; der Samenstrang bildet keinen einheitlichen, sondern einen fächerförmig aufgelösten Strang. Die Gefäße des Samenstrangs sind eng und zu kurz. Die Operation bei nicht herabgestiegenem Hoden ist nötig, weil dieser degeneriert, von einer Hernie begleitet ist, zur Gangrän infolge Torsion des Samenstranges neigt, endlich zur Entwicklung bösartiger Geschwülste disponiert ist. Verf. zieht die Bevan'sche Operation allen anderen Operationen vor. Sie unterscheidet sich von den letzteren dadurch, daß die Art. und Vena spermatica durchtrennt und unterbunden werden, wenn es nicht gelingt, den Hoden bis auf den Grund des Hodensacks zu bringen. Dieses wird nur durch die zu kurzen genannten Gefäße verhindert. Gangränös wird der Hoden hiernach nicht, wie die vom Verf. angestellten Versuche an Tieren und seinen 21 auf diese Weise ausgeführten Operationen zeigen. Der Hoden erhält seinen Zufluß dann von den Arterien des Vas deferens.

Herhold (Brandenburg).

---

66) Coffey. Plication of the round and anterior fold of the broad ligament on the anterior surface of the uterus for retrodisplacement. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 7. 1911.)

67) Baldy. Operation for retrodisplacement of the uterus. (Ibid.)

68) Gilliam. Round-ligament ventrosuspension of the uterus. (Ibid.)

Zur Beseitigung der Retroflexio uteri empfiehlt C., das Ligamentum rotundum samt dem vorderen Rande des Lig. latum zu falten und auf der vorderen Fläche des Uterus festzunähen. B. perforiert jederseits unterhalb des Tubenansatzes das Lig. latum und zieht die Ligg. rotunda — natürlich gedoppelt — hindurch bis zur gegenseitigen Berührung; hier werden sie fest miteinander vernäht und außerdem mit der hinteren Uteruswand vernäht. G. fixiert den Uterus durch Vernähen der Ligg. rotunda mit der vorderen Bauchwand.

W. v. Brunn (Rostock).

---

69 (Simpson. Retroperitoneal shortening of the round ligaments. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 8. 1911.)

70) Goldspohn. Intraperitoneal shortening of the round ligaments for retroversion of the uterus through the temporarily dilated inguinal canals and internal rings, with closure of the wounds by a careful hernia technic. (Ibid.)

Berichte über die in der Überschrift genannten zwei Wege, die mit Hilfe der Verkürzung der Ligamenta rotunda dazu führen sollen, Rückwärtslagerungen des Uterus zu korrigieren.

Von Interesse ist die dem zweiten Aufsatz beigegebene große Diskussion über dies Thema auf der letzten Tagung der Amer. med. assoc. zu St. Louis 1910.

W. v. Brunn (Rostock).

---

71) Jacobson. The results obtained by the radical abdominal operation for carcinoma of the uterus. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 2. 1911.)

J. hat eine statistische Zusammenstellung der Wertheim'schen Operation vorgenommen.

298 Fälle amerikanischer Operateure bei einer Operabilität von 35% ergaben 15,17% primäre Mortalität und 8,39% Dauerheilungen nach 5 Jahren.

2467 Fälle europäischer Operateure ergaben bei einer Operabilität von 65,17% eine primäre Mortalität von 19,94% und eine Dauerheilung nach 3—5 Jahren von 40,72%. Die absolute Heilungsziffer beträgt für Amerika danach etwa 1%, für Europa etwa 21,14%.

W. v. Brunn (Rostock).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 24. Sonnabend, den 17. Juni 1911.

Inhalt.

I.

Bemerkungen zum Aufsatz von Dr. Gunnar Nilson: Zur operativen Therapie der Varikokelen in Nr. 17 dieser Zeitschrift.

Von

A. Narath in Heidelberg.

Unter dem obigen Titel veröffentlichte Gunnar Nilson eine neue Operation der Varikokele, die sich jedoch bis auf eine unwesentliche Änderung in der Art der Suspension des Hodens von der von mir bereits im Jahre 1900 mitgeteilten Methode nicht unterscheidet (»Zur Radikaloperation der Varikokele«, Wiener klin. Wochenschrift 1900, Nr. 4). Da der Autor, der das Original meiner Arbeit offenbar nicht kennt, meine Operation außerdem unrichtig darstellt, sehe ich mich zu einer Berichtigung veranlaßt. Er behauptet, daß bei meiner Methode nach der Ex-

zision der Venen des Plexus pampiniformis die abgebundenen Venenstümpfe »in unmittelbare Berührung miteinander gebracht werden«, daß aber dadurch eine Verwachsung der Gefäße mit sekundärer Wiederherstellung der Lumina erfolge. Die Methode ergebe daher Rezidive, wie das auch nach einer Arbeit von Lameris (Zur Behandlung der Varikokele, Münchener med. Wochenschrift 1910, Nr. 13) zu ersehen sei, der bei Narath's Methode 50% Rezidive bekommen habe.

Bei einer Durchsicht der Arbeit von Lameris kann man sich jedoch überzeugen, daß die Pat. nicht genau nach meiner Methode operiert worden sind. Es heißt darin wörtlich: »Bei dieser Methode, auf deren Einzelheiten wir hier jetzt nicht näher eingehen wollen, wird der Leistenkanal eröffnet. Auf diese Weise kann ein sehr großer Teil des Plexus der V. spermatica entfernt werden, während nach Vereinigung der Gefäßstümpfe der Hoden viel höher aufgehängt wird«.

Gegenüber diesen beiden Angaben von Gunnar Nilson und Lameris habe ich richtig zu stellen, daß ich die Venenstümpfe gar nicht vereinigte, sondern zwischen beiden einen großen Zwischenraum ließ. In meiner Arbeit steht klar und deutlich: »Die Venen werden so hoch als möglich proximal freipräpariert, hierauf doppelt unterbunden und zwischen zwei Ligaturen durchschnitten. Die proximalen Stümpfe der Venen (oder der Hauptvene) ziehen sich sofort zurück und verschwinden in der Tiefe. Sie liegen höher als der Annulus internus des Leistenkanals.« Sodann werden die Venen nach abwärts isoliert, ligiert und entfernt. »Gewöhnlich liegen auch die distalen Venenligaturen außerhalb des Leistenkanals.« Wenn also jemand die Venenstümpfe miteinander vereinigt und dann Rezidive bekommt, so sind diese nicht auf das Konto meiner Operation zu setzen; denn es handelt sich um eine sehr wesentliche Abänderung meiner Technik. Ich lege Wert darauf, daß sich der zentrale Venenstumpf tief in die Bauchhöhle zurückzieht, und daß der Blutstrom in der V. sperm. nit. dauernd ganz unterbrochen bleibt.

Was nun die Behandlung der peripheren Resektionsstelle der Venen anbelangt, so habe ich anfangs die Venenplexus in mehreren Partien oder zusammen ligiert, aber an ihnen den Hoden nicht weiter gehoben, weil er durch die Verlagerung des Samenstranges allein schon höher zu liegen kam. Später (seit 1899, siehe meine Arbeit) trachtete ich dem Hoden eine noch höhere Lage dadurch zu geben, daß ich ihn an den Venenstümpfen möglichst hob und diese an die Bauchwand befestigte, es wurden nach der tiefen Bassininaht (siehe meine Arbeit), »die distalen Ligaturen zwischen oberflächlicher und tiefer Nahtschicht möglichst hoch oben an die Muskulatur angenäht«, und hierauf der Schlitz in der Aponeurose des M. obl. ext. geschlossen. Nach meiner Publikation habe ich den peripheren Stumpf bisweilen auch am Periost des Os pubis oder am Fascienansatz befestigt. Auch Gunnar Nilson erkannte, daß das Hochziehen und Festmachen des Hodens mit Hilfe des Venenstumpfes ein praktisches Verfahren darstelle, das für den definitiven Erfolg vielleicht von Bedeutung sei. Er knotet den Venenstrang selbst, nachdem er ihn durch einen Schlitz in der Aponeurose durchgezogen. Durch diese Knotenbildung unterscheidet sich die Methode von Gunnar Nilson von der meinen, in allen übrigen Punkten operieren wir auf dieselbe Art. Ich halte die Knotenbildung für umständlicher und gebe der einfachen und ebenso sicheren Naht den Vorzug.

Was nun die Resultate betrifft, so war ich nach wie vor mit der Methode zufrieden, und es freut mich, daß auch Gunnar Nilson über günstige Erfolge berichten konnte.

II.

Aus der Kgl. chirurgischen Universitätsklinik zu Greifswald.

Schnelldesinfektion des Operationsfeldes mit Thymolspiritus.

Von

Prof. Dr. König und Privatdozent Dr. A. Hoffmann.

Es ist zweifellos als ein großer Fortschritt zu bezeichnen, daß die für den Kranken lästige, ja unter Umständen schädliche, für den Chirurgen zeitraubende Waschung des Operationsfeldes durch den ein- bis zweimaligen Jodanstrich der Haut ersetzt worden ist. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Wundresultate mindestens ebenso gute sind wie früher. In vielen Fällen — wir erinnern nur an frische offene Verletzungen — ist die Joddesinfektion als das überlegene Verfahren zu bezeichnen, da die Möglichkeit, Krankheitskeime der Umgebung lebend in die Wunde hineinzuschwemmen, ausgeschlossen ist. Aber die Jodtinkturdesinfektion hat auch ihre Nachteile. Die Haut wird braun gefärbt, für manche Kranke etwas sehr Unangenehmes. Eine ganze Reihe von Pat. ist auch sehr empfindlich gegen die Applikation dieser Tinktur. In fast allen Fällen kommt es zu einer starken Abschilferung der Haut, in einer nicht unbeträchtlichen Zahl sogar zu einem Hautekzem. Hätten wir also ein Mittel, welches bei gleicher Einfachheit der Anwendungsweise gleich gute Wundresultate gäbe, so wäre das mit Freuden zu begrüßen.

Der eine von uns (König) hat schon Ende des Jahres 1908 über Erfahrungen mit der Joddesinfektion berichtet und dieselben Anfang 1909 (Berliner klin. Wochenschrift 1909, Nr. 17) nachdrücklich empfohlen. Es muß hervorgehoben werden, daß er schon damals gewisse Schutzmaßregeln forderte, z. B. sollte die Berührung peritonealer Flächen, der Darmserosa usw. mit dem Jod peinlich vermieden werden. Wie aus einer Mitteilung von Propping (dieses Zentralblatt 1911, p. 661) hervorgeht, ist diese Warnung anscheinend nicht beachtet worden; sie wird aufs neue erhoben, weil Schädigungen eingetreten waren. Wir empfanden mit der Zeit auch noch andere Begleiterscheinungen des Jodanstriches lästig. Zweifellos verbietet sich ihre Anwendung im Gesicht vielfach aus rein äußeren Gründen; bei der Struma bzw. beim Basedow entstehen Bedenken wegen der Resorption von Jod. Gewisse Erkrankungen, die besonders an der Färbung zu erkennen sind, wie Angiome, Nävi, Lupus, werden in ihren Grenzen schwerer erkennbar.

So haben wir denn nach einem farblosen Ersatz schon länger gesucht, und bereits im Laufe des Sommers 1910 (in Altona) mit der Anwendung des Thymolalkohol begonnen. Die Versuche über die Anwendbarkeit dieses Mittels wurden dann in unserer Klinik systematisch durchgeführt, an Tier und Mensch. Über die bisherigen Ergebnisse wollen wir (Hoffmann) im folgenden berichten.

Thymol (Methyl-Isopropyl-Phenol $C_{10}H_{14}O$) ist ein weißer Körper mit thymianartigem Geruch; leicht löslich in Alkohol wirkt er schon in 1%iger Konzentration antiseptisch. Es kam uns nun zunächst darauf an, diejenige Konzentration ausfindig zu machen, welche bei 1- oder 2maligem Anstrich der Haut zur Desinfektion genügte. Tierversuche (am Kaninchen) ergaben, daß bei einmaligem Anstrich

der 1%ige Thymolspiritus (verwendet wird ein 60%iger Spiritus) eine genügende Desinfektionskraft entfaltete, d. h. es kam beim Einbringen kleiner mit 1%igem Thymolspiritus bestrichener Hautstückchen in ein Bouillonröhrchen bei 37° zu keinem Bakterienwachstum. (Die Entnahme der Hautstückchen erfolgte in verschiedenen Abständen, 1—15 Minuten nach dem Bestreichen der Haut.) Daß es sich hierbei nicht um eine Hemmung des Wachstums handelt, erhellt daraus, daß auch nach 2—3mal 24stündigem Stehen im Brutofen die Röhrchen steril blieben, während z. B. bei Applikation von $^1/_4$%igem Thymolspiritus bisweilen zwar 24 Stunden nachher kein Wachstum zu konstatieren war, hingegen nach zweimal 24 Stunden. Daß auch die Menge des mit den Hautstückchen eingebrachten Thymolspiritus nicht ausreicht, um ein Bakterienwachstum in der Bouillon zu verhindern, ließ sich daraus erkennen, daß beim Einbringen einer Öse von einer gemischten Bouillonkultur in diese Bouillon ein starkes Wachstum auftrat. Schon nach 1—2 Minuten ist das Operationsfeld als keimfrei, im klinischen Sinne, zu betrachten.

Wenn auch nach den Tierversuchen 1%iger Thymolspiritus ausreichend erschien, so sind wir doch, um sicher zu gehen, bei der Anwendung beim Menschen in der Konzentration erheblich höher gegangen, nämlich auf 5%. Versuche mit 3%iger Lösung sollen angestellt werden.

Die Vorbereitung des Operationsfeldes wird bei uns jetzt so vorgenommen, daß der Pat. am Abend vor, bei fistulösen Prozessen möglichst am Tage der Operation ein Bad nimmt. Der erste Thymolanstrich erfolgt 5—10 Minuten, der zweite 2—3 Minuten vor Beginn der Operation. In Notfällen begnügen wir uns, analog dem Vorgehen bei der Jodtinkturdesinfektion, mit dem Bestreichen der Haut mit Thymolspiritus ohne vorheriges Bad oder Waschung.

Etwa 1 Minute nach dem Bestreichen der Haut tritt bei manchen Pat. eine deutliche Hyperämie der Haut auf. Zu gleicher Zeit empfindet der Kranke ein mehr oder weniger starkes Wärmegefühl oder Brennen, welches gewöhnlich nach einigen Minuten wieder verschwindet. Manche Kranke haben nichts zu klagen.

Ekzeme wurden nie beobachtet, nur in zwei Fällen kam es, wohl weil zu viel Thymolspiritus aufgetragen wurde, zu einer Blasenbildung, die aber den Wundheilungsvorgang nicht störte. Ein leichtes Schälen der Haut wird hier und da beobachtet, ist jedoch nicht entfernt mit dem zu vergleichen, was man bei der Jodtinkturdesinfektion täglich sieht. In vielen Fällen sah die Haut beim Verbandwechsel so aus, als ob die Vorbereitung mit Wasser und Seife vorgenommen worden wäre. Es wurden bisher ca. 130 Fälle operiert, darunter Strumektomien, Mammaamputationen, langdauernde Laparotomien, aseptische Operationen in Gelenken, in der Schädelhöhle usw. Eine Auswahl der Operationen fand nicht statt. Wir können mit den Resultaten sehr zufrieden sein; eine Verschlechterung gegenüber den mit Jodtinkturdesinfektion behandelten ist sicher nicht vorhanden. Drei während dieser Zeit beobachtete Störungen der Wundheilung können der Methode nicht zur Last gelegt werden. Bei glatter Schnittfläche und spannungsloser Adaptierung der Haut waren die Fäden trocken, höchstens mit einem kleinen rosaroten Hof umgeben, wie man das bei Sublimatseide, überhaupt der Anwendung eines Desinfiziens gewöhnlich sieht. Schädigungen der Nieren wurden nicht beobachtet. Ob bei Laparotomien ähnlich wie bei der Jodtinktur eine gewisse Vorsicht wegen der Gefahr postoperativer Adhäsionsbildung geboten erscheint, wenn die Serosa mit dem Thymolspiritus in Berührung kommt, bleibt abzuwarten. Unser Augenmerk wird darauf gerichtet sein.

Wir haben den Eindruck gewonnen, daß die Vorbereitung des Operations-

feldes mit 5%igem Thymolspiritus der Jodtinkturdesinfektion mindestens ebenbürtig, wenn nicht überlegen ist; denn bei gleich guten Resultaten fallen die Braunfärbung der Haut, die starke Hautabschilferung und das Ekzem fort.

Und noch eins nicht zu vergessen! Die Desinfektion ist erheblich billiger; die Jodtinktur kostet nämlich $2^1/_2$mal so viel als der 5%ige Thymolspiritus.

Somit halten wir uns nach den Ergebnissen der Versuche am Tier, sowie den praktischen Resultaten am Menschen für berechtigt, die Anwendung des Thymolspiritus zur Desinfektion des Operationsfeldes zu empfehlen.

---

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

193. Sitzung vom 13. März 1911.

Vorsitzender: Herr F. Krause.

Herr Hübotter: a. Urethrotomia interna.

H., ein Schüler Freyer's in London, empfahl und demonstrierte das Urethrotom von Tevan, eine anscheinend sehr zweckmäßige Modifikation des Maisonneuve'schen Instruments, das die Striktur ebenfalls an einer Stelle am Dach durchschneidet. Das Messer ist in der Ruhelage vollständig gedeckt, so daß unnötige Nebenverletzungen der Harnröhre vermieden werden. Weiss in London fabriziert das Originalmodell. H. konnte in den von ihm operierten Fällen sofort eine Sonde 30 Ch einführen. Bei dem vorgestellten Kranken war, da es nicht gelang, die Striktur mit einem filiformen Bougie zu passieren, die Sectio alta gemacht und einige Tage später die Striktur von der Blase aus retrograd bougiert worden, wonach in typischer Weise unter Leitung des filiformen Bougies die interne Urethrotomie ausgeführt wurde. 5 Tage später war die Blasenwunde bereits geschlossen; im ganzen wurde 4 Wochen nachbehandelt. Jetzt, nachdem 1 Jahr hindurch nicht mehr sondiert worden ist, läßt sich eine Stahlsonde 28 Ch spielend einführen. H. berichtet über die statistischen Angaben von Freyer (650 Urethrotom. int., 7 Todesfälle, 3 durch Pyämie, 4 durch Anurie), Poussin (600 Operationen mit 6 Todesfällen) u. a. Von allen Seiten werden die günstigen Dauerresultate der internen Urethrotomie gelobt.

b. Lane'sche Klammer bei Pseudarthrosen.

Die Lane'sche Klammer erreicht eine absolute Fixation der Fragmente dadurch, daß sie mittels Schrauben an 4, 6 oder 8 Punkten angreift, während die Gussenbauer'sche Klammer oder die gewöhnliche Drahtnaht die Fragmente nur in zwei Richtungen fixiert. Demonstration der Technik an der Hand von Röntgenbildern und Operationsskizzen. Vorstellung eines 27jährigen Schiffers, der 6 Wochen vor der Aufnahme einen subkutanen sehr schrägen Unterschenkelbruch erlitten hatte, der sofort eingegipst wurde und nach 5wöchiger Ruhestellung keine Spur Callusbildung und eine Verkürzung von 3 cm zeigte.

Im Augustahospital wurde die Fraktur blutig freigelegt. Wegen der bereits eingetretenen Muskelverkürzung konnte die Verkürzung nur mit großer Mühe ausgeglichen werden; die Bruchflächen wurden exakt aneinander gelagert und die Lane'sche Klammer subperiostal angeschraubt. Der Kranke befindet sich noch in Behandlung; das Röntgenbild ergibt ein sehr befriedigendes Resultat.

Herr Groth: Über metastatische Prozesse im Gehirn.

G. berichtet zunächst über zwei Fälle von Hirnabszessen, die sich an eitrige Erkrankungen der Brustorgane angeschlossen hatten. Im ersten Falle war wegen

chronischer Empyemfisteln einem Kranken der rechte Unterlappen reseziert worden; am 5. Tage danach traten plötzlich Hirndruck- und Herdsymptome auf, die für Abszeßmetastasen sprachen. Die Obduktion ergab multiple (70) über das ganze Gehirn verstreute Abszesse. Einen chronischen Verlauf nahm der zweite Fall, der sich an ein durch Schußverletzung entstandenes linkseitiges Empyem anschloß. Die Erscheinungen sprachen für einen in der linken motorischen Region gelegenen Abszeß; Trepanation und Entleerung des an der vermuteten Stelle befindlichen Abszesses. Nach 4wöchiger Besserung trat infolge eines zweiten anfangs latenten, in der Medulla oblongata diagnostizierten Abszesses eine Verschlimmerung und nach mehreren Wochen der Tod ein. Trotzdem die metastatischen Abszesse häufig multipel sind, soll man sich von der Operation nicht abschrecken lassen. Zuweilen trifft man doch auf einen solitären, leicht erreichbaren Abszeß; in der Literatur fand G. drei Beispiele dafür; man hatte nicht operiert, und die Obduktion ergab einen solitären Abszeß.

Die auffallende Bevorzugung des Gehirns bei Abszeßmetastasen pulmonalen Ursprungs im Gegensatz zu den endokarditischen Embolien suchte G. durch die mechanischen Bedingungen des Blutkreislaufs zu erklären. Die Lungenemboli würden im Randstrom dahingetragen und gelangten daher eher in die Carotiden als die von den Klappen losgerissenen Pfröpfe, die, im Achsenstrom schwimmend, weit häufiger in Milz und Nieren gelangen.

Zwischen Abszeß- und Geschwulstmetastasen bestehen beachtenswerte Analogien. Auch die Krebsmetastasen schließen sich meist an Geschwülste der Brusthöhle an, und im Gehirn bevorzugen sie die Gegend der Art. fossae Sylvii, während andere Organe meist von Metastasen frei bleiben. Dafür führt G. zwei Fälle an: Im ersten trat im Anschluß an einen Pleurakrebs eine große Metastase im Stirnhirn auf, im zweiten war durch Operation ein metastatisches Adenokarzinom der rechten motorischen Region entfernt und mehrmonatige Besserung erzielt worden. Das primäre, lange Zeit occulte Karzinom der Brusthöhle trat erst 6 Monate nach der Operation in Erscheinung und führte dann den Tod herbei. Unter Umständen sei daher auch bei Geschwulstmetastasen eine palliative Operation berechtigt.

Diskussion. Für die Berechtigung palliativer Operationen bei Geschwulstmetastasen im Gehirn treten die Herren Borchardt, Martens, Neumann unter Beifügung der Krankengeschichten der von ihnen operierten Fälle ein. Kopfschmerzen und andere schwere Kompressionserscheinungen wurden durch die Operation für Monate beseitigt. Die primären Geschwülste waren zum Teil zur Zeit der Operation noch nicht erkennbar. Herr Zeller weist an der Hand früher von ihm publizierter Fälle darauf hin, daß Operationen bei metastatischen Hirnabszessen wegen der Multiplizität derselben in der Regel erfolglos bleiben. Herr Neumann konnte bei der Operation eines metastatischen Abszesses der vorderen Zentralwindung mit Übergreifen auf die hintere Stirnwindung, entsprechend den vor der Operation beobachteten Krampferscheinungen, das Vorhandensein eines Zentrums für die Kopfdrehung und für die Augenbewegung am Fuße der hinteren Stirnwindung feststellen. Herr F. Krause bestätigt das Vorhandensein eines Zentrums für die Kopfdrehung am Fuße der zweiten Stirnwindung auf Grund eines von ihm operierten Pat., bei dem 5 Jahre nach einem Stockschlag gegen die motorische Region epileptische Anfälle aufgetreten waren, die typisch mit einer Kopfbewegung nach der entgegengesetzten Seite begannen. Dagegen sei das Zentrum für die Augenbewegung nicht so sicher; es gebe eins in der Basis der zweiten Stirnregion, aber auch eins im Occipitalhirn. Herr Neumann hat die

---

gleiche Beobachtung wie bei dem Fall von Hirnabszeß bei einer Geschwulst der Stirnregion gemacht, der nachher zur Obduktion gekommen ist. Der Fall ist vor ca. 9 Jahren von ihm publiziert.

Herr Mühsam zeigt Präparate vor, welche von einer wegen malignen Deciduoms operierten Pat. stammen. Einige Wochen vor dem Tode zeigte die Kranke ein gegen früher verändertes kindisches Wesen. Bei der Obduktion fanden sich ausgedehnte Metastasen in beiden Großhirnhemisphären, dem Darm, der Milz und den Lungen. Gehirnmetastasen nach Lungenerkrankungen hat M. zweimal beobachtet, das eine Mal bei einer Morphinistin mit zahlreichen Hautabszessen, bei der zugleich bronchiektatische Veränderungen der Lungen bestanden. Hier lag ein Abszeß des linken Occipitallappens vor. Im zweiten Falle waren am Tage einer wegen Bronchiektasen ausgeführten Nachoperation Krämpfe aufgetreten, die sich noch einmal wiederholten. Bei dieser Pat. fand sich ein Abszeß der rechten Zentralwindung.

Herr F. Krause: Milzexstirpation mit Talma'scher Operation.

Bei dem 39jährigen Kranken handelte es sich um einen ungewöhnlichen, außerhalb als Banti'sche Krankheit angesprochenen Fall. Es hatte sich im Laufe von 4—5 Jahren ein Milztumor entwickelt gleichzeitig mit körperlichen Schwächezuständen und vom Bauch ausstrahlenden Schmerzen, die so heftig wurden, daß sie mit Ohnmachtsanfällen verbunden waren und Pat. arbeitsunfähig machten. Eine in einer ungarischen Universitätsklinik ausgeführte Blutuntersuchung ergab nur eine Verminderung der weißen Blutkörperchen. Die Leber war vollkommen gesund, auch Ascites trat nicht ein. Später kam der Kranke zu Prof. Senator, der ihn im Januar 1909 zur Operation an K. wies. Senator glaubte, daß eine Andeutung von Banti vorläge. K. hat die Milz exstirpiert; sie reichte weit hinüber bis zur rechten Bauchseite; es bestanden ausgedehnte Verwachsungen zwischen Milzkuppe und Zwerchfell, innerhalb deren zahlreiche dicke Venen verliefen. Der Schnitt wurde parallel dem Rippenrand geführt und der Rippenbogen durch zwei Assistentenhände gehoben; es waren gegen 170 Unterbindungen nötig. Der Wundverlauf war ungestört; es bestand aber noch Monate nach der Operation eine große körperliche Schwäche; dann trat eine fortschreitende Besserung ein, und 1 Jahr nach der Operation zeigte der Kranke wieder ein gesundes Aussehen, hatte guten Appetit und guten Schlaf. Es bestanden noch Beschwerden, die der behandelnde Arzt als neurasthenische bezeichnete. Obgleich bei der Operation Ascites nicht vorhanden war, hat K., um vorzubeugen, der Milzexstirpation noch die Talma'sche Operation hinzugefügt, indem er das Netz anfrischte und in breiter Fläche an die Bauchwand annähte. Es hat sich späterhin nichts von Ascites oder Leberveränderung gezeigt.

Herr F. Krause: Sinus pericranii.

Der Kranke, der in der medizinischen Gesellschaft vor der Operation vorgestellt wurde, zeigte in der Mitte der Stirn bei aufrechtem Stehen eine Delle, die sich bei genauerer Palpation als ein Spalt im Knochen von 27 mm Länge und wenigen Millimetern Breite darstellte. Beim Bücken trat eine Schwellung hervor, die sich allmählich zunächst pulsierend, dann ohne Pulsation stärker aufblähte und über die einige stark gefüllte Venen verliefen. Dasselbe konnte man durch Kompression der beiden Venae jugulares erzeugen; ebenso wenn der Kranke preßte oder hustete. Die Geschwulst wurde als Sinus pericranii (Stromeyer) angesprochen. Er entsteht in der Regel durch Trauma; auch hier war der Kranke

mit 17 Jahren von der Leiter gefallen und auf die Stirn geschlagen. Bei der Operation waren Residuen des Traumas nicht mehr zu sehen. Da die Geschwulst bei Rückenlage verschwand, wurde sie bei komprimierten Ven. jugul. mit dem Messer markiert. Nach Ablösung eines Hautlappens wurde der ganze Sinus samt Periost umschnitten, das Periost bis auf den Knochen durchschnitten und mit dem Rasparatorium die Sinuswand beiseite geschoben. An der Spalte fand sich ein ins Innere gehender Stiel. Der Knochen in der Umgebung desselben wurde weggenommen, wobei die Stirnhöhle eröffnet wurde. Dann wurde der Stiel ganz dicht am Sin. longitud. unterbunden. Aus der Nachbarschaft wurde ein Haut-Periost-Knochenlappen gebildet und über den Defekt gelegt, während der erste Hautlappen an dessen Stelle vernäht wurde. Da dabei ein Haarschopf auf die Stirn zu liegen kam, wurden später die Hautlappen wieder an ihre ursprüngliche Stelle verlagert. Vorstellung des geheilten Pat. Indiziert war die Operation, weil der beim Bücken hervortretende Sinus Unbehagen machte und weil der Zustand nicht ungefährlich war insofern als bei einer Verletzung der Stelle die Gefahr des Verblutens bestand.

Herr Patschke: a. Veraltete kongenitale Hüftgelenksluxation.

P. stellt eine Pat. vor, die im Alter von 24 Jahren wegen doppelseitiger kongenitaler Hüftgelenksluxation nach dem vollständigen Versagen einer langjährigen unblutigen Behandlung operiert worden ist (F. Krause). Die Operation wurde beiderseits so ausgeführt, daß dicht oberhalb der verödeten Pfannen neue mit stark überhängendem oberen Rande gebildet wurden. Auf der linken Seite brach der Kopf, beim Versuch, ihn in die neue Pfanne zu bringen, ab; es wurde daher der Schenkelhals hineingebracht. Es ist sowohl links der Schenkelhals als auch rechts der Kopf in der neuen Pfanne geblieben und das funktionelle Resultat ein sehr gutes.

b. Talma'sche Operation.

Die Operation wurde wegen Lebercirrhose bei einer 47jährigen Frau ausgeführt (Patschke). Der typische Beginn der Erkrankung lag 4 Jahre zurück. Die schon klinisch sichere Diagnose konnte noch durch die Operation bestätigt werden. Es wurde die Milz mit dem Peritoneum parietale der vorderen und linken Bauchwand vereinigt. Während der ersten 5 Monate nach der Operation mußte noch 27mal punktiert werden, seit $^1/_2$ Jahr ist jedoch kein Ascites wieder aufgetreten. Sichtbare Kollateralen in den Bauchdecken- und Interkostalvenen sind nicht vorhanden.

Die damals sehr heruntergekommene Pat. wird vorgestellt; sie ist jetzt wieder arbeitsfähig.

Herr Heymann: 1) Zur Gefäßchirurgie.

Bei einem 47jährigen Lehrer war es H. gelungen, eine angiospastische Gangrän der linken Hand mit beginnender Phlegmone durch Einnähen der Arteria brachialis in eine der Venen des Oberarmes aufzuhalten. Die Hand zeigte bis zum Vorderarm hinauf Veränderungen, wie sie bei Raynaud'scher Krankheit charakteristisch sind. Der kleine Finger war im Mittel- und Nagelglied brandig. Die Ursache lag vermutlich in dem 30 Jahre fortgesetzten übermäßigen Tabakgenuß. Der Erfolg der nach Wieting's Gedanken ausgeführten Operation bestand in einer seit einem Jahr anhaltenden vollkommenen Heilung der angiospastischen Veränderungen, in dem vollständigen Verschwinden der vorher durch nichts zu

stillenden Schmerzen unmittelbar nach der Operation und allmählich sich bessernden Brauchbarkeit der Hand. Bei Ausführung der Arterien-Venennaht End-zu-End folgte H. der von Carrel-Stich empfohlenen Technik. Schwierigkeiten bereitete die Isolierung der außerordentlich dünnen Arteria brachialis im Sulcus bicipitalis internus aus den vielfach anastomosierten und stark veränderten Venen und zweitens die Naht der Arterie wegen ihrer Starrwandigkeit und wegen der Enge der Lichtung. Vorstellung des geheilten Kranken.

Diskussion. Herr F. Krause berichtet über einen Fall von Tabaksgangrän des linken Fußes bei gleichzeitig leichterer Affektion des rechten Beines und rechten Armes. Der Fuß war stark geschwollen und äußerst schmerzhaft. Da der erst 47 Jahre alte Pat. die Amputation nicht wollte, wurde die Anastomosenoperation im September 1910 versucht; die Art. femoralis wurde unterhalb des Abganges der A. profunda fem. durchschnitten und End-zu-End anastomosiert. Im Anfang ging es dem Kranken glänzend, die Schmerzen schwanden und er schlief ohne Morphium. Dann traten 5 Wochen nach der Operation wieder Schmerzen ein, und die Zehen wurden blau. Im Februar d. J. ist ihm in Paris von Quénu der Unterschenkel 10 cm unterhalb des Knies amputiert. Die anderen Extremitäten sind noch so wie sie waren. Die Operation war also bei diesem Kranken ohne Erfolg. Bei der Operation kommt es darauf an zu evertieren und Intima an Intima zu nähen. Wenn arteriosklerotische und Kalkplatten vorhanden sind, ist die exakte Gefäßnaht oft unausführbar.

Herr Heymann: 2) Bauchdeckengeschwulst.

H. veranschaulichte an Bildern die Verhältnisse, wie er sie bei einer zwischen Nabel und Blase in den Bauchdecken sitzenden kegelförmigen Geschwulst vorfand. Nach der operativen Entfernung erwies sie sich bei eingehender Untersuchung als eine harte, narbig schwartige Masse, deren Entstehung auf eine 1 Jahr zuvor abgelaufene Perityphlitis zurückzuführen war. Die irrtümlich von ihm gestellte Diagnose auf bösartige Urachusgeschwulst erklärte H. daraus, daß alles für eine bösartige Neubildung sprach. Die für die Diagnose in Betracht gezogenen Momente waren das hohe Alter des Kranken, sein allmählich zunehmender körperlicher Verfall, die Art und der dem Urachus entsprechende Sitz der harten Geschwulstmasse, das Vorhandensein von harten Leistendrüsen und der cystoskopisch festgestellte Zusammenhang mit der trichterförmig ausgezogenen Blase. Eine Analogie zu diesem Krankheitsbild bildete eine kurze Zeit vorher von F. Krause exstirpierte entzündlich verdickte Urachusfistel bei einem jungen Mann. Beide Kranke sind nach der Resektion aus den Bauchdecken geheilt geblieben.

R. Wolff (Berlin).

---

2) **Max Strassberg.** Über heterotope Knochenbildungen in der Haut. (Virchow's Archiv Bd. CCIII. p. 131.)

Verf. berichtet über Befunde von Knochen in einer Laparotomienarbe, in der Haut eines variкösen Unterschenkels und in der Galea aponeurotica des Schädels. Die Details der mikroskopischen Untersuchung sind im Original nachzulesen. Den Schluß der Arbeit bildet eine Mitteilung über gelegentliches Auftreten von Verknöcherungen in Epidermoiden der behaarten Kopfhaut.

Doering (Göttingen).

---

3) Gallois et Latarjet. Note sur la croissance des os longs. (Lyon méd. 1911. p. 553.)

Da Julius Wolff's Versuche vor der aseptischen Zeit unternommen wurden, haben sie die Verff. wieder aufgenommen. Es wurden eigenartig geformte Metallstücke in bestimmte Stellen der Knochen möglichst junger Tiere unter peinlich aseptischen Maßnahmen eingepflanzt. Nach mehreren Tagen oder Wochen wurde im gestorbenen oder getöteten Tiere die Lage des Metallstiftes erneut festgestellt. Die Knochen wachsen in die Länge am meisten in dem der Epiphyse angrenzenden verstärkten Teile der Diaphyse, und zwar auch in dem Gebiete, das nicht unmittelbar an den Epiphysenknorpel angrenzt. Dieser erscheint als eine einfache Trennschicht zwischen zwei verschiedenen Knochenbezirken, dem epiphysären und dem diaphysären.

Georg Schmidt (Berlin).

---

4) Ernst Hagenbach. Osteogenesis imperfecta tarda. (Osteogenesis imperfecta tarda und Hypophysentumor am gleichen Individuum.) (Frankf. Zeitschrift für Pathologie Bd. III. Hft. 3.)

Sektionsbericht einer 47jährigen verkrüppelten Idiotin mit Hasenscharte, Wolfsrachen, angeborener Verlagerung beider Nieren, Atrophie der Knochensubstanz, Geschwulst der Hypophyse, Degenerationszeichen in Thyreoidea und Ovarien.

Verf. gibt sehr sorgfältige histologische Beschreibungen und Röntgenaufnahmen und beschäftigt sich eingehend mit der Differentialdiagnose der noch in Betracht kommenden Knochenerkrankungen (Rachitis, Osteopsatyrosis, Osteomalakie), sowie mit den Wechselbeziehungen der Erkrankungen innersekretorischer Drüsen, hier besonders der Hypophysis, mit dem Knochensystem.

Leider schließt die fleißige, ca. 60 Seiten lange, mit sorgfältiger Literaturzusammenstellung versehene Arbeit mit einem »Ignoramus«, da Verf. zu keinem sicheren Schluß kommt, sondern ein »unbekanntes Vitium primae formationis« annimmt und alle krankhaften Erscheinungen dieses Falles koordiniert als Folgen dieser frühembryonalen Störung ansieht.

Trappe (Breslau).

---

5) Ph. Bockenheimer (Berlin). Über Sportfrakturen. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1911. Nr. 1.)

Knochenbrüche im Gefolge sportlicher Betätigung sind recht häufig. Den verschiedenen Arten des Sports entsprechen meist typische Frakturen; so wird die Spiralfraktur im oberen Drittel des Oberschenkels vorwiegend bei Skiläufern, der typische Knöchelbruch bei Schlittschuhläufern, der Metatarsalknochenbruch bei Schnelläufern, Fußwurzelbrüche bei Fußballspielern, der Unterarmbruch im unteren Drittel bei Rollschuhläufern, der typische Radiusbruch bei Chaffeuren, der Schlüsselbeinbruch bei Rennreitern und Radfahrern, die Fractura humeri supra- und intercondylica bei Schülern und Turnern, Brüche des Unterkiefers und der Nasenbeine bei Boxern, der Schädelbasis und Wirbelsäule bei Aeroplanfahrern beobachtet.

Trotz der Schwere der Knochenbrüche lassen sich gerade bei den Sporttreibenden in verhältnismäßig kurzer Zeit ausgezeichnete funktionelle Resultate erzielen, weil diese Verletzten meist durch energische aktive Übungen, die durch keine andere Nachbehandlung ersetzt werden können, die ärztlichen Bemühungen um Wiederherstellung der Funktion unterstützen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

6) Martin. A method of overcoming the shortening in old fractures treated by the open method. (Transact. of the amer. surg. assoc. 1911.)

Um bei alten Oberschenkelbrüchen, bei welchen keine Konsolidation eingetreten ist, die Verkürzung zu beheben, legt M. die Bruchstelle frei, streift über das proximale Ende des unteren Bruchstücks ein Tuch aus Kanevas und zieht in der Richtung des Beines mit Gewichten bis zu 100 Pfund, wodurch sich die Dislokation in wenigen Minuten ausgleichen soll. Er fixiert dann die Bruchstücke durch Schrauben und Silberplatten.

Deetz (Arolsen).

---

7) Denis G. Zesas. Über Knochen- und Gelenkleiden bei Maltafieber. (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Das Maltafieber, das seine Entstehung dem Mikrokokkus militensis verdankt, wird auf vielen Mittelmeerinseln, in China, Indien und Amerika beobachtet. Die Übertragung dieser Fieberkrankheit geschieht namentlich durch infizierte Milch, weniger durch die Luftwege infolge Einatmung, sehr selten durch die Haut bei Mückenstichen. Eine der häufigsten Erscheinungen dieser typhösen Erkrankung, die teils mit, teils ohne Vorboten unter hoher Steigerung der Temperatur einhergeht, sind Gelenkaffektionen, die sogar in 46% aller Fälle vorkommen sollen; und zwar werden gewöhnlich die großen Gelenke, Knie-, Hüft-, Schulter- und Ellbogengelenk, in Mitleidenschaft gezogen. Der Verlauf und die lokalen Symptome dieser Gelenkleiden ähneln denen des akuten Rheumatismus. Da aber hinsichtlich der Schmerzhaftigkeit häufig der angrenzende Knochen betroffen ist, nimmt Verf. auch Knochenprozesse an, wenngleich der Mikrokokkus die serösen Häute bevorzugt.

Die Prognose der beim Maltafieber vorkommenden Gelenkkrankheiten ist eine günstige; ein Übergang in Eiterung ist Verf. nicht bekannt, obwohl dem Mikrokokkus militensis auch pyogene Eigenschaften zugeschrieben werden.

Spezifische Heilmittel gegen die Grundaffektion sind nicht vorhanden; am günstigsten scheint noch die Darreichung von Arsenik zu wirken.

Hartmann (Kassel).

---

8) Tuffier. Des greffes de cartilage et d'os humain dans les résections articulaires. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVII. Nr. 9. 1911. März 7.)

Bei einem Pat. mit Komminutivfraktur des Humeruskopfes hat T. nach Resektion des Humerus den zuerst entfernten mit Knorpel gedeckten Teil des Humeruskopfes wieder auf den Resektionsschnitt aufgesetzt und mit Naht befestigt. Nach 6 Wochen funktionierte das Gelenk normal.

Bei einem jungen Manne von 26 Jahren mit Ellbogentuberkulose und konsekutiver unvollständiger Ankylose des Gelenkes wurden nach typischer Resektion Knorpelscheiben, die seit 5 Tagen auf Eis konserviert waren und vom Ellbogengelenk eines amputierten Armes stammten, auf die Resektionsflächen des Knochens genäht. Eine Woche nach der Operation wurde bereits mit Bewegungen begonnen. Auch dieser Fall gab ein gutes funktionelles Resultat.

Bei einem 23jährigen Manne mit traumatischer Ellbogengelenksankylose wurde nach Ellbogengelenksresektion das durch eine Beinamputation gewonnene Tibio-

tarsalgelenk und die vordere Gelenkfläche des Os naviculare mit Erfolg transplantiert.

Im zweiten Falle wurde eine Knorpelplatte allein, im dritten Falle der Gelenkknorpel mit dem darunterliegenden Knochen überpflanzt.

Ob der transplantierte Knorpel als solcher anheilt, ist in den Fällen nicht zu entscheiden; wird er resorbiert, so wird er doch von einem physiologisch gleichen Gewebe substituiert, das eine gute Funktion gewährleistet. Es scheint, daß die funktionellen Resultate nicht davon abhängen, ob man Auto- oder Homoiotransplantate wählt.

T. kommt zu dem Resultat, daß die Knorpeltransplantationen bei Gelenkresektionen sehr ermutigende Resultate geben, und daß die Anwendung dieser Methode logischer ist als die Interposition von Muskeln oder Fascien.

Was die Technik bei diesen Überpflanzungen anlangt, so empfiehlt es sich, nicht zu voluminöse Scheiben zu nehmen, weil deren Ernährung schwieriger ist. Bei diesen chondroplastischen Resektionen kann man zwischen bloßen Knorpelscheiben und Scheiben, die Knorpel und Knochen enthalten, wählen.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

9) M. T. Tuffier. Quelques cas de greffes chirurgicales chez l'homme. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris T. XXXVI. Nr. 6. 1910. Februar 22.)

T. berichtet über eine Anzahl von Gewebs- und Organtransplantationen, die er am Menschen ausgeführt hat. Nur zweimal hat er das Transplantat vom Tier genommen, und zwar einmal die Epidermis vom Hühnchen und Frosch zur Deckung einer großen Brandwunde, das zweite Mal die Schilddrüse eines Hundes zu einem Heilungsversuch in einem Falle von Myxödem. Ein Erfolg wurde in keinem dieser zwei Fälle erzielt.

In den anderen Fällen wurden Auto- oder Homotransplantationen ausgeführt, und zwar Neubildung der Harnröhre bei Hypospadie, in einem anderen Falle Neubildung der Scheide und des Kanals des Collum uteri mittels Epidermisüberpflanzung vom Oberschenkel. Ferner hat T. Knorpel- oder Knorpel-Knochenscheiben mit Erfolg auf die Knochenflächen nach Gelenkresektionen überpflanzt. Zweimal hat T. die Transplantation von menschlichen Schilddrüsenstückchen zur Heilung von Myxödem versucht. In dem einen Falle wurden sofort nach einer Strumektomie kleine Stückchen der Struma unter die Brust- und Bauchhaut des Kranken gebracht. Der momentane Erfolg war bemerkenswert, und während der nächsten beiden Monate machte der Kranke einen sehr gebesserten Eindruck. Dann aber trat allmählich der alte Zustand wieder ein, und zwar in dem Maße, wie die unter die Haut gepflanzten Gewebsstücke verschwanden. Ein zweiter gleicher Transplantationsversuch bei demselben Kranken, bei dem Schilddrüsensubstanz in die Brustdrüse und in das subperitoneale Gewebe eingepflanzt wurde, ergab dasselbe Resultat. Auch hier hielt eine merkliche Besserung nur wenige Wochen an.

Am häufigsten von Organüberpflanzungen hat T. die des Eierstocks ausgeführt. Dieser wurde entweder sofort nach der Exstirpation oder nach Aufbewahrung auf Eis nach 2 bis 10 Tagen transplantiert, und zwar ins Ligamentum latum oder ins tiefe subkutane Gewebe des Bauches. Die so transplantierten Ovarien behielten 3 bis 4 Jahre hindurch ihre Form und ihre Größe; vor allem aber waren sie der Sitz höchst eigenartiger kongestiver Erscheinungen, welche

an die biologischen Phänomene zur Zeit der Menstruation erinnerten. T. glaubt auf Grund seiner Fälle auf eine innere Sekretion der transplantierten Eierstöcke schließen zu dürfen. Bei drei Frauen verhielten sich die auf Eis konservierten und erst nach 2—10 Tagen transplantierten Eierstöcke wie unmittelbar nach der Exstirpation überpflanzte. In einem Falle wurde eine bei einer Varicenoperation gewonnene Vene zur Bildung einer Harnröhre verwendet.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

10) Hecht. Ein Lipom der Pia mater cerebralis. (Virchow's Archiv Bd. CCIII. p. 165.)

Die etwa pflaumengroße Geschwulst saß an der Basis des Gehirns, und zwar in der linken Fossa Sylvii. Sie war gegen das Gehirn durch eine derbe bindegewebige Kapsel scharf abgegrenzt; mikroskopisch bestand sie aus reinem Fettgewebe, das von derben Bindegewebszügen, in denen auffallend dicke Gefäße verliefen, durchsetzt war. In der benachbarten Hirnrinde fanden sich zahlreiche Kalkkonkremente. Klinisch hatte die Geschwulst keinerlei Symptome hervorgerufen. Sie fand sich als Nebenbefund bei der Sektion einer 37jährigen, an puerperaler Sepsis gestorbenen Frau.

Doering (Göttingen).

---

11) L. A. Diwawin. Otogener extraduraler Abszeß. Durchbruch in der Naht zwischen Schläfen- und Hinterhauptsbein. (Chirurgie 1911. [Russisch.])

18jähriger Arbeiter fieberte, hatte Schmerzen im Kopf und Rücken. Es fand sich links Otitis media. Nach spontaner Perforation des Trommelfells hörten die Ohrenschmerzen bald auf.

Pat. blieb matt, klagte über dumpfe Schmerzen im ganzen Kopf, besonders links. Hinter dem linken Proc. mast. ödematöse Schwellung. Beginnende Stauungspapille.

Bei der Operation fand D. die Naht zwischen Hinterhaupts- und Schläfenknochen auseinander gewichen, den Spalt mit Granulationen erfüllt. Es wurde eine Öffnung angelegt und ein 5 x 4 cm großer extraduraler Abszeß entleert. Danach hörte das Erbrechen auf, die Stauungspapille ging zurück. Heilung.

V. E. Mertens (Zabrze O/S.).

---

12) Charles H. Frazier (Philadelphia). Cerebral decompression. (Univ. of Pennsylvania med. bull. Vol. XXIII. 1911. Februar.)

Verf. faßt unter Anführung zahlreicher Fälle seine Erfahrungen über operative Druckentlastung des Gehirns folgendermaßen zusammen:

Die verhängnisvollen Folgen der Hirnkontusion mit oder ohne Basisfraktur werden durch Druckentlastung in keiner Weise abgewendet. Bei keiner Form der Epilepsie hat Druckentlastung einen größeren Einfluß als Operationen per se haben. Bei operativer Druckentlastung ohne Exploration muß die unsicher bleibende Diagnose bei der Aufstellung von Statistiken mitberücksichtigt werden. Hydrocephalus internus, Meningitis serosa und andere Erkrankungen können eine Hirngeschwulst derartig vortäuschen, daß die wahre Natur der Erkrankungen erst bei der Autopsie erkannt wird. Wenn eine Gegenanzeige gegen Allgemeinnarkose besteht, sollte die Druckentlastung an der Schläfe unter regionärer

Anästhesie durch Alkoholinjektion in den dritten Trigeminusast ausgeführt werden. Experimentelle und klinische Erfahrungen zeigen, daß bei kritischen Fällen mit starkem Hirndruck die doppelseitige Trepanation keinen unmittelbareren Nutzen schafft als die einseitige; eine kontralaterale Öffnung erleichtert den Druck auf der gegenüberliegenden Seite nicht in erkennbarem Grade. Experimentelle Beobachtungen zeigen, daß eine prätentoriale oder temporale Öffnung den Druck ebenso wirksam wie eine subtentoriale oder suboccipitale herabsetzt. Bei der Auswahl der für die operative Druckentlastung geeigneten Fälle schließe man solche mit periodischem oder andauerndem Koma oder Stupor aus, da sie durch die Operation in keiner Weise beeinflußt werden. Die einfache operative Druckentlastung ohne Exploration ist derartig ungefährlich, daß mit der Operationsgefahr an sich nicht gerechnet zu werden braucht. Die Lebensverlängerung durch die Operation wechselt je nach Sitz und Art der Geschwulst. Unter Verf.s Pat. überlebten einzelne die Operation um 3—6 Jahre. Meist werden nach der Druckentlastung Kopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel ganz oder größtenteils gebessert. Bei Pat. mit Stauungspapille ist schließliche völlige Erblindung mit Sicherheit zu erwarten, wenn nicht in den früheren Stadien der Erkrankung die Druckentlastung ausgeführt wird; bei frühzeitigem Eingriff ist die Prognose bezüglich der Sehkraft sehr günstig. Mohr (Bielefeld).

---

13) **Lucas-Championnière, Broca, Lagrange, Guinard, Tuffier, Quénu, Broca. Trépanation pour décompression.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. Nr. 11. 1911. März 21.)

Lucas-Championnière hält die palliative Schädeltrepanation nicht für einen sehr schweren Eingriff, wenn mit genügender Sorgfalt und gutem Instrumentarium operiert wird. Freilich kann die Operation gefährlich werden, wenn die Gehirnschädigung sehr ausgedehnt ist. C. rät, die Trepanationsöffnung recht breit anzulegen; denn wenig ausgedehnte Trepanationen sind oftmals ohne therapeutischen Erfolg, vielfach direkt gefährlich. Er empfiehlt die Palliativtrepanation auch in ganz desolatem Zustande, da auch in solchem dadurch manchmal noch Besserung zu erzielen ist. Bei Hirndruckerscheinungen, deren Ursache unbekannt ist, soll palliativ trepaniert werden. C. erwähnt einen Fall, den er vor 10 Jahren wegen schwerer Hirndruckerscheinungen trepaniert hat und der sich noch des besten Wohlbefindens erfreut. Die Ursache des damaligen Hirndrucks ist unbekannt geblieben. Die Palliativtrepanation wird ferner empfohlen bei Encephalitis, spezifischer und nicht spezifischer Meningitis und vor allem bei Lues, da bei letzterer die schweren Hirndrucksymptome trotz antisyphilitischer Behandlung oft erst durch die Trepanation zum Schwinden gebracht würden. Auch für gewisse Formen der Epilepsie und allgemeinen traumatischen Paralyse wird die dekompressive Trepanation empfohlen. Was deren technische Ausführung anlangt, so verlangt C. die Eröffnung der Dura mater. Von einer zweizeitigen Operation verspricht er sich keinen Nutzen. In jedem Falle wurde drainiert. Gerade dies hält C. für sehr wichtig für den Erfolg der Operation. Eine Infektion ist bei genügender Sorgfalt nicht zu fürchten. C. hat nie eine Sekundärinfektion gesehen. Die motorischen Zentren sind nach Möglichkeit bei der Wahl der Trepanationsstelle zu vermeiden.

Broca spricht sich gegen die Palliativtrepanation bei Epileptikern aus, da es wenig wahrscheinlich ist, daß bei epileptischen Anfällen vermehrter Hirndruck eine Rolle spielt. Eine triftige Indikation für diesen Eingriff besteht nur

bei Hirngeschwülsten. B. spricht auch gegen die Eröffnung der Dura für den Fall, daß nur palliativ trepaniert wird. Er drainiert, wenn er vor hat, die vermutete Geschwulst in einer zweiten Sitzung aufzusuchen.

Lagrange empfiehlt zur Differentialdiagnose, ob eine Geschwulst oder ein entzündlicher Prozeß des Gehirns vorliegt, die Lumbalpunktion, die in jedem Falle vor der Trepanation ausgeführt werden sollte.

Lucas-Championnière gibt zu, daß in schweren Fällen nach Eröffnung der Dura bedenkliche Zufälle eintreten können, aber er hält die Operation, bei der die Dura mater nicht eröffnet wird, für nicht ausreichend. Wenn man von der Methode das verlangen will, was sie leisten kann, so muß sie durch Vollständigkeit sich auszeichnen.

Guinard erinnert daran, wie sehr man sich bezüglich der Lokalisation zerebraler Geschwülste täuschen kann. Er hat Fälle gesehen, wo der Sitz der Geschwulst scheinbar auf das Genaueste zu bestimmen war. So wurde einmal die Geschwulst mit Sicherheit rechts an bestimmter Stelle vermutet und an dieser Stelle trepaniert. Die Obduktion deckte die Geschwulst in der linken Hemisphäre auf. G. weist darauf hin, daß ein wichtiges Lokalisationsmittel bei Hirngeschwülsten die lokale Schmerzempfindung bei Anwendung der Stimmgabel ist. Freilich ist auch dieses Zeichen nicht immer deutlich; aber wenn es ausgesprochen vorhanden ist, dann bildet es einen wichtigen diagnostischen Fingerzeig. Was die technische Ausführung der Trepanation anlangt, so verschmäht G. das komplizierte moderne Instrumentarium und bedient sich des Hammers und Meißels. In die Dura macht er zunächst nur einen kleinen Einschnitt, um sich zu überzeugen, ob das Gehirn die Neigung hat, herniös vorzufallen. Erst wenn dies nicht der Fall ist, macht er eine größere Durchtrennung der Dura. Oft hat G., um den Hirndruck herabzusetzen, eine Ventrikelpunktion durch die unverletzte Dura hindurch vorgenommen. Eine Infektion hat er nie erlebt.

Tuffier teilt den Pessimismus bezüglich der Möglichkeit, klinisch eine Hirngeschwulst zu lokalisieren, nicht. Freilich kommen arge Täuschungen vor; so hat auch er in einem Falle erst rechts, dann links trepaniert und die hier vermutete Geschwulst gesucht, die schließlich im Kleinhirn saß. Aber nach seinen Erfahrungen sind die Fälle häufiger, in denen die klinische Untersuchung einen richtigen Fingerzeig gibt, als diejenigen, in denen sie versagt. Alle seine Operierten sind im Laufe des Jahres nach der Operation gestorben, nachdem zunächst ein zufriedenstellendes Resultat eingetreten war. Die Trepanation ohne Eröffnung der Dura mater hält T. für eine unvollständige, oft völlig ungenügende Dekompression. Wenn sich ein Hirnbruch zu bilden anschickte, konnte T. durch Lumbalpunktion eine weitere Vergrößerung desselben aufhalten. Eine Drainage macht T. nur in den Fällen, in denen er eine Blutung unter den Hautlappen fürchtet.

Broca macht darauf aufmerksam, daß die Lumbalpunktion nicht entscheiden kann, ob Geschwulst oder Abszeß des Gehirns vorliegt, da bei Hirnabszessen auch nicht die Spur einer Lymphocytose der Lumbalflüssigkeit vorzuliegen braucht. Bezüglich der Lokalisation einer Geschwulst weist B. darauf hin, daß die verschiedenen Symptome sehr an Wert verlieren, wenn die Erscheinungen der Hypertension des Gehirns bereits manifest geworden sind.

G. E. Konjetzny (Kiel).

14) **M. Borchardt. Zur Technik der Hirnpunktion.** (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 13.)

Häufig ist es bei Hirnpunktionen schwierig, ja unmöglich, das hergestellte Bohrloch mit der Kanüle wieder zu finden; manchmal muß man neue Löcher anlegen, bis die Einführung der Kanüle gelingt. Durch eine sogenannte Tellerfeder, die mit Hilfe von zwei Ketten am Schädel festgehalten wird, fixiert Verf. die Haut am Schädel derartig, daß sich das Bohrloch leicht wiederfinden läßt; ferner bedient man sich zweckmäßig nicht des großen Motors, sondern einer kleinen, mit Welle versehenen Handbohrmaschine.

Die beigefügten Bilder erläutern die Anwendungsweise; sicher werden diese praktischen Neuerungen ganz wesentlich zur Erleichterung der Technik der Hirnpunktion beitragen. Glimm (Klütz).

---

15) **Ferdinando Strada. Beiträge zur Kenntnis der Geschwülste der Hypophyse und der Hypophysengegend.** (Virchow's Archiv Bd. CCIII. p. 1.)

Verf. untersuchte im pathologischen Institut zu Straßburg drei Geschwülste der Hypophysis — Plattenepithelgeschwulst des Hypophysenganges, Struma maligna der Hypophyse, Adenom der Hypophyse. Im Anschluß an die sehr eingehenden mikroskopischen Untersuchungsbefunde findet sich eine tabellarische Zusammenstellung sämtlicher in der Literatur niedergelegter Beobachtungen, in denen ein Zusammentreffen von Hypophysisgeschwülsten und Adipositas festgestellt ist. Des weiteren bespricht Verf. eingehend die Beziehung dieser Geschwülste zur Fettleibigkeit, zu Wachstumsstörungen und zu Genitalveränderungen, alles unter Heranziehung umfangreicher Literatur. Letztere ist am Schluß der Arbeit in einem übersichtlichen Verzeichnis zusammengestellt.

Doering (Göttingen).

---

16) **M. Moskalew. Zur Kasuistik der Hypophysentumoren ohne Akromegalie.** (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 289.)

Beschreibung zweier derartiger Geschwülste — Struma, Epithelioma colloides —, deren Träger keinerlei Zeichen von Riesenwuchs aufgewiesen hatten.

Doering (Göttingen).

---

17) **Frese. Über eine eigenartige Erkrankung der Mund- und Rachenschleimhaut.** (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 5.)

F. beschreibt Fälle von Schleimhauterkrankung der Mundhöhle, die sich nicht unter die gangbaren Mundschleimhauterkrankungen rubrizieren lassen. Geschwüre mit graugelbem Belag, hyperämischem Hof, an der Wangenschleimhaut, Zunge, Rachenwand, rasch abheilend (endemisch bzw. familiär auftretend), bei fehlender Zahnkaries. Lues und Tuberkulose auszuschließen.

Engelhardt (Ulm).

---

18) **Thayssen Hess. Über die entzündlichen Tumoren der Speicheldrüsen.** (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 252.)

Ausführliche histologische Beschreibung einer etwa walnußgroßen Geschwulst, die sich im Anschluß an eine akute Entzündung der Parotis in dieser gebildet

hatte und schließlich wegen Verdachts der Bösartigkeit exstirpiert war. Die pathologischen Veränderungen in der Geschwulst bestanden in Bindegewebsvermehrung, Lymphocyten und Plasmazelleninfiltration und allmählich fortschreitender Zerstörung des Drüsenparenchyms. Den Schluß der Arbeit bildet eine Zusammenfassung der aus der Literatur bekannten derartigen Fälle.

Doering (Göttingen).

---

19) Morestin. Sarcome pédiculé du pharynx. Exstirpation par pharyngotomie soushyoïdienne. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. Nr. 11. 1911. März 21.)

Bei einem 52jährigen Manne mit starker Schluckbehinderung und konstanter Dyspnoe, die bei jeder Gelegenheit fast in eine Erstickung überzugehen drohte, wurde eine sehr umfangreiche ulzerierte Geschwulst im Rachen entdeckt, die den Kehlkopfeingang bedeckte. Nur der Epiglottisrand war noch sichtbar. Ein Erstickungsanfall nötigte zur Tracheotomie. Da die Nahrungsaufnahme fast völlig behindert war und Pat. sehr herunterkam, wurde zur Entfernung der Geschwulst geschritten. Sie wurde durch einen Schnitt zwischen Zungenbein und Schildknorpel freigelegt. Sie saß schmal gestielt auf der seitlichen Rachenwand fest. Exstirpation. Histologisch handelte es sich um ein Rundzellensarkom.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

20) Burack. Zur Kasuistik der Komplikationen nach Adeno- und Tonsillotomien. (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 5.)

Das Mathieu'sche Instrument ist nicht ungefährlich, es kann sowohl die Gaumenbögen, wie »den tiefen Teil der Drüse, der nahe der äußeren Kapsel liegt«, verwunden. Nachblutungen nach Tonsillotomien können noch nach 5—9 Tagen auftreten. Bei schweren Blutungen sind Digitalkompression am meisten wirksam und einfachsten.

Engelhardt (Ulm).

---

21) Walter Kern. Beiträge zur Pathologie des Ösophagus. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 135.)

Kasuistische Mitteilung zweier Fälle von Speiseröhrenverschluß, die rein pathologisch-anatomisches Interesse erwecken. Klinisch wichtiger dürfte die Beschreibung einer gänseeigroßen Cyste sein, die bei der Autopsie einer 45jährigen Frau gefunden wurde und die sich zwischen unterem Drittel der Speiseröhre und dem unteren Teil der Aorta thoracica entwickelt hatte und beide Organe lateralwärts verschob. Die Oberfläche der Cyste war glatt; mit dem periösophagealen und perivaskulären Gewebe bestand nur ein loser Zusammenhang. Der Cysteninhalt war klar, von lichtorangegelber Farbe, reagierte alkalisch und zeigte das Spektrum des alkalischen Hämatoporphyrins. Histologisch bestand die Cystenwand aus einer dünnen Bindegewebsschicht, die mit platten Endothelien ausgekleidet war. Über die Genese der Cyste vermag Verf. keine Erklärung abzugeben.

Doering (Göttingen).

---

22) **Charles H. Mayo. Diagnosis and surgical treatment of oesophageal diverticula.** (Transact. of the amer. surg. assoc. 1910.)

Die meisten Divertikel sitzen im unteren Rachen oder oberen Speiseröhrenabschnitt.

Zur Diagnosenstellung beident M. sich unter anderen der Plummer'schen Methode: Man läßt den Kranken 3 m Knopflochseide schlucken und am nächsten Tage noch einmal 3 m. Das Ende des Fadens ist inzwischen durch den Magen in den Darm gelangt. Der Anfangsteil wird durch eine gewöhnliche längsperforierte Olivensonde gezogen, so daß die Sonde an dem Führungsfaden gleitet. Läßt man den Faden locker, so sitzt die Sonde im Sack auf; zieht man den Faden an, dessen Ende ja inzwischen weit genug in den Darm gelangt ist, um nicht herausgezogen zu werden, so gleitet die Olive aus dem Sack dem Faden entlang erst in die Höhe, und dann in den unteren Speiseröhrenabschnitt, so daß man also genau den Sitz des Divertikels und seine Größe abmessen kann. Man kann diesen Faden auch benutzen, um vor der Operation eine Magensonde einzuführen, wodurch es gelingt, die in ihrer Ernährung heruntergekommenen Kranken erst wieder aufzufüttern.

Zur Operation geht M. am inneren Kopfnickerrand ein, unterbindet die laterale Schilddrüsenvene, läßt den Sack sich auf einer Harnröhrensonde vordrängen, öffnet ihn, trägt ihn ab und verschließt die Speiseröhrenwunde durch Etagennaht. Drain. Ist der Sack sehr groß, so kann er abgebunden und die Fistel in einer zweiten Operation geschlossen werden. M. gibt den Befund von acht Kranken, von denen sechs operiert wurden. Deetz (Arolsen).

---

23) **W. Brünings (Jena). Ein einfaches diagnostisches Hilfsmittel bei Speiseröhrenkrebs.** (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1911. Nr. 7.)

B. benutzt als Sonde einen biegsamen Metallstab, an den hohle Metalloliven verschiedenen Durchmessers angeschraubt werden. Man führt eine Nummer ein, welche bei leichtem Druck die verengte Stelle eben noch zu passieren vermag. Was sich von der Geschwulst in die seitlichen Fenster der Olive hineindrängt, wird bei den Bewegungen der »Fenstersonde« gewissermaßen abgehobelt und genügt zur mikroskopischen Untersuchung und Diagnosenstellung. Das Instrument lieferte bei 31 Kranken mit Speiseröhrenkrebs 29mal ein positives Ergebnis und stiftete niemals Schaden. Gutzeit (Neidenburg).

---

24) **Elisabeth Sanderson-Damberg. Die Schilddrüsen vom 15. bis 25. Lebensjahre aus der norddeutschen Ebene und Küstengegend, sowie aus Bern.** (Frankf. Zeitschrift für Pathologie Bd. VI. Hft. 2.)

Die Arbeit stellt eine Ergänzung der ebenfalls aus dem Berner pathologischen Institut stammenden Untersuchungen von Isenschmid und Hesselberg über die fötale bzw. kindliche Schilddrüse (Ref. Zentralblatt für Chirurgie 1910, p. 1589) dar. Die Resultate entsprechen den der beiden vorgenannten Autoren: die Berner Schilddrüsen sind schwerer, haben kleinere, zahlreichere Follikel, also eine größere sezernierende Oberfläche und konsistenteres Kolloid, als die Schilddrüsen Norddeutschlands, auch zeigen sie öfters Degenerationserscheinungen.

Trappe (Breslau).

---

25) **Brown. Parathyroid implantation in the treatment of tetania parathyreopriva.** (Annals of surgery 1911. März.)

Verf. exstirpierte wegen Basedow'scher Krankheit die rechte Kropfhälfte und $^1/_2$ Jahr später auch die linke unter Zurücklassen eines nur walnußgroßen Stückes am Isthmus. Nach der ersten Operation hatten sich die Erscheinungen des Basedow gebessert, im Anschluß an die zweite traten schwere Erscheinungen von Tetanie ein. Durch Injektion einer Emulsion aus den Parathyroiden eines Rindes wurde nur vorübergehend Besserung erzielt. Daher Implantation von zwei Parathyroiden eines lebenden Hundes zwischen M. rectus und Fascia transversalis; hiernach längerdauernde aber immer nur vorübergehende Besserung; nach 14 Tagen traten die Tetanieanfälle wieder ein. Implantation einer vom Affen genommenen Schilddrüse und Nebenschilddrüse; 18 Tage anhaltende Besserung. Nunmehr Implantation einiger von einem eben gestorbenen Manne entnommener Nebenschilddrüsen und hiernach nun endgültige Besserung und Heilung.

Herhold (Brandenburg).

---

26) **Safranek. Ehrlich-Hata's Arsenobenzol bei syphilitischen Erkrankungen der oberen Luftwege.** (Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie u. ihre Grenzgebiete Bd. III. Hft. 5.)

Von den Beobachtungen des Verf.s, welche im allgemeinen die außerordentlich günstige Wirkung des Arsenobenzols auf Lues II und III der oberen Luftwege bestätigen, interessiert besonders eine, die den unter Umständen ungünstigen Einfluß einer antisyphilitischen Kur (in diesem Falle Arsenobenzol) auf eine gleichzeitig bestehende Kehlkopftuberkulose demonstriert.

Engelhardt (Ulm).

---

27) **Tricot. Un cas exceptionnel de pénétration et de tolérance d'un projectil dans la bronche droit.** (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1911. April.)

Ein Mann erhielt aus nächster Nähe drei Revolverschüsse — 6 mm Kaliber —, von welchen zwei in die linke Bauchseite und einer in den Nacken dicht oberhalb des Schlüsselbeins und am hinteren Rande des rechten Kopfnickers eindrangen. Klagen über Bauchschmerzen, die schnell vorübergingen, dann blutig gefärbter Lungenauswurf und Erscheinungen einer umschriebenen Lungenentzündung in der Höhe der VI. Rippe rechts. Eine Ausschußöffnung war für keinen der drei Einschüsse vorhanden. Die Lungenentzündung ging auch vorüber, und der Verletzte wurde ganz gesund. Erst später konnte in einem größeren Hospital eine Röntgenaufnahme gemacht werden; man sah ein Geschoß in der Höhe der VI. Rippe im Brustkorb, nach des Verf.s Ansicht in dem rechten Hauptbronchus. Ein Extraktionsversuch wurde nicht gemacht, da es an dem nötigen Instrumentarium fehlte; von einem anderen operativen Eingriff wurde abgesehen, da das Geschoß keine krankhaften Erscheinungen machte. Ob es nicht statt im Bronchus in der Brustwand eingekapselt saß, nachdem es sich vom Hals aus in das Mediastinum gesenkt hat? (Ref.)

Herhold (Brandenburg).

---

28) **Carson. Removal of a tack from the left bronchus through the pleural cavity.** (Transact. of the amer. surg. assoc. 1910.)

Die Röntgenaufnahme eines 4jährigen Kindes, welches 1 Monat nachdem es einen Tapezierernagel angeblich verschluckt hatte, in elendem Zustande zur

Aufnahme kam, ließ den Fremdkörper in Höhe des V. Rückenwirbels in der Luftröhre sehen. Extraktionsversuch mit dem Bronchoskop nach vorausgegangener Tracheotomie mißlang.

Bei einer späteren Röntgenaufnahme sah man den Nagel im linken Bronchus. Als 1 Tag später wegen eines kleinen Lungenabszesses operiert werden mußte, wurde wieder bronchoskopiert, doch gelang es nicht, den Fremdkörper zur Ansicht zu bringen, da der Bronchus durch Ödem der Schleimhaut verlegt war. Im Anschluß an diese Operation machte das Kind Malaria durch.

Erst $^1/_2$ Jahr später wurde ein neuer Versuch zur Extraktion des Nagels gemacht, den man im Röntgenbild an der Eintrittsstelle des Bronchus in die Lunge sah. Nach Resektion der V.—VII. Rippe gelang die Extraktion ohne Druckdifferenzverfahren aus einer Abszeßhöhle zwischen Bronchus und Vena pulmonalis. Drainage nach außen. Am Abend des Operationstages plötzlich halbseitige partielle Lähmung. Nach 6 Tagen Hämoptoe und Tod.

Die Obduktion ergab Einbruch der kleinen Abszeßhöhle in die Vene.

Deetz (Arolsen).

---

29) **Delorme. Sur la péricardotomie.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. Nr. 9. 1911. März.)

Ausführliche Besprechung der Indikation für die Perikardotomie, ihre Technik, sowie die Diagnostik der exsudativen Perikarditis. Bezüglich der Einzelheiten ist auf das Original zu verweisen.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

30) **M. Souligoux. Sur la pericardotomie.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. Nr. 10. 1911.)

Bei eitriger Perikarditis ist die Perikardotomie der Punktion vorzuziehen, weil letztere nicht immer zuverlässige Resultate ergibt und dazu nicht unerhebliche Gefahren (Blutung) bietet. Bei tuberkulöser exsudativer Perikarditis ist die Perikardotomie ebenso wie die Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose die einzige anzuwendende Behandlung. Die Punktion will S. allein für den Hydrops pericardii aufbewahrt wissen. Aber auch hier leistet sie nur momentane Erleichterung; denn sie muß immer wiederholt werden, wenn der Erguß sich wieder hergestellt hat. Auf Grund von Leichenexperimenten glaubt S. eine Verbindung der Perikard- mit der Bauchhöhle durch eine Zwerchfelldiszission für solche Fälle empfehlen zu dürfen, da man auf diese Weise einen dauernden Abfluß des Hydrops pericardii in die Bauchhöhle bewirken könne.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

31) **Brewster and Robinson. Operative treatment of wounds of the heart.** (Annals of surgery 1911. März.)

Die Verff. haben 177 Fälle operierter Herzwunden literarisch gesammelt, von welchen 71 mit und 106 ohne Erfolg genäht wurden. Ein von den Verff. selbst operierter und trotzdem tödlich geendigter Fall wird geschildert. Die Diagnose des Herzschusses ist unter Umständen nicht leicht, da durch das Geschoß fast stets mehrere Eingeweide getroffen werden; die durch die Herztamponade bedingten Symptome von Dyspnoe, Shock, Armschmerzen, Fehlen des Pulses in der linken Radialis u. a. geben aber doch Anhaltspunkte. Sobald die Erscheinungen einer Herzverwundung deutlich sind, soll zur Operation geschritten werden, die heute durch das Druckdifferentialverfahren und die Transfusion erleichtert ist. Osteoplastische Lappenbildung wird für die Operation verworfen, statt dessen

empfohlen interkostaler Schnitt mit nachfolgender Resektion einer oder mehrerer Rippen. Auch wenn das Perikard keine Öffnung zeigt, wenn das Geschoß z. B. Herzbeutel und Herz nur gequetscht hat und im vorderen Mediastinum liegen geblieben ist, kann eine Ruptur der Herzmuskulatur vorhanden sein. Bei sehr starker Blutung der Herzwunde können in Intervallen die beiden Hohlvenen 15—20 Sekunden lang komprimiert werden. Liegt eine Lungenverletzung außer der Herzverletzung vor, so soll das Differentialdruckverfahren in Anwendung kommen. Drainage des Perikards ist unnötig. Nachdem die Lunge aufgeblasen ist, so daß kein Pneumothorax mehr drohen kann, wird der Zwischenrippenschnitt durch Nähte ganz geschlossen. Herhold (Brandenburg).

---

32) **Rodman. The diagnosis and treatment of benign tumors of the breast.** (Transact. of the amer. surg. assoc. 1910.)

Die Zahl der sarkomatösen Brustgeschwülste macht etwa 1,5—2,7% aller Brustgeschwülste aus.

Die Cystenmamma (Maladie de Reclus) wird häufig noch bösartig, und zwar etwa zu 15%.

Eine sehr ungünstige Prognose haben die ganz plötzlich einsetzenden Karzinome, welche erst längere Zeit unter dem Bilde der akuten Mastitis verlaufen, und die Volkmann unter dem Namen der karzinomatösen Mastitis beschrieben hat.

Bei der Cystenmamma erweckt Einziehung der Mammilla, spärlicher blutiger Ausfluß, dicker, körniger Inhalt den Verdacht auf Bösartigkeit.

Die Fibroadenome sitzen häufig doppelseitig, bevorzugen die obere Brusthälfte, sind frei beweglich, abgekapselt, zuweilen von Unbehagen oder Schmerzen begleitet.

Die intrakanalikulären Myxome kommen bei älteren Frauen vor, sind größer als die Fibroadenome, wachsen rascher, treten mehrfach auf.

Nach R.'s Erfahrungen kann man vor der Operation in etwa 75% der Fälle eine sichere Diagnose stellen. Ausschlaggebend für die Ausdehnung der Operation ist bei allen zweifelhaften Fällen allein der mikroskopische Befund.

Deetz (Arolsen).

---

33) **A. H. Traver (Albany). Some rare surgical cases.** (Albany med. annals Vol. XXXII. Nr. 4. 1911. April.)

1) 65jähriger Mann mit den Erscheinungen einer akuten Brucheinklemmung. Bei der Operation ergab sich als einziger Bruchinhalt eine Ausstülpung der Blase, welche zunächst als Netz angesprochen und inzidiert wurde. Naht des Blasenschnitts, Loslösung der Blase von der vorderen Bauchwand, Reposition. Heilung mit glattem Verlauf, ohne Urininfiltration. Erscheinungen von seiten der Blase hatten niemals bestanden.

2) 19jähriges Mädchen, bei dem die Operation außer chronischer Appendicitis eine mit über 1000 Steinen angefüllte Gallenblase ergab. Cholecystostomie. Typhus, der nach Moynihan bei Gallensteinkranken unter 21 Jahren stets zugrunde liegt, war hier nicht vorausgegangen.

3) 83jährige Frau mit Darmbeinfraktur; unter Heftpflasterverband glatte Heilung mit Wiederherstellung der Gehfähigkeit. Mohr (Bielefeld).

34) Karl Stern (Eschwege). Subkutane Darmrupturen bei Brüchen und Bruchanlagen. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 2.)

In Brüchen und Bruchanlagen kommt es zu Darmzerreißungen, auch ohne daß eine umschriebene Gewalt auf den Bauch eingewirkt hat. Ein Fall platt auf den Leib, das Heben einer schweren Last oder ein schneller Sprung aus dem Bett genügt dazu. Ebenso ermöglicht ein Schlitz im Levator ani eine Berstungsruptur.

Ein konstantes, für eine Darmzerreißung bei Bruch bzw. Bruchanlage wichtiges Symptom ist die Schmerzhaftigkeit der hinteren Öffnung des Leistenkanals. Bei doppelseitigem offenen Leistenkanal vermag man aus der Schmerzhaftigkeit des hinteren Leistenringes einer Seite einen Schluß zu ziehen auf die Seite, auf der die Zerreißung erfolgt ist, was für die Anlegung des Bauchschnittes von Bedeutung ist. Gutzeit (Neidenburg).

---

35) C. Claeys. Abcès par congestion et hernie lombaire. (Gaz. des hôpitaux 1911. Nr. 39.)

2jähriges Mädchen mit Dorsolumbalgibbus. Ein großer Abszeß wölbt sich links zwischen Rippen und Crista nach außen. Punktion 31. X. 1907. — Heilung der Fistel Ende Juli 1908. August 1908 wieder Vorwölbung, die sich als Lumbalhernie erweist. Punktion eines neuen Abszesses dieser Stelle 6. V. 1909. — Heilung der Fistel 30. VII. 1909.

19. VIII. 1910. Anscheinend geheilter Pott'scher Buckel. In der linken Lumbalgegend zwei Narben nahe dem Rande der Spinalmuskeln. Vor diesen Narben an der Crista eine mandarinengroße, glatte Vorwölbung, die sich leicht reponieren läßt. Die Bruchpforte für die Zeigefingerkuppe passierbar.

Bei der Operation ergab sich, daß eine Hernie im Petit'schen Dreieck vorlag. Es gelang, durch Massennaht der Weichteile einen soliden Verschluß zu erzielen.

Die Mitteilung enthält eine Menge interessanter Einzelheiten.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

36) Heinr. Winkler. Eine angeborene Zwerchfellhernie mit bemerkenswerten Mesenterialverhältnissen und anderen Besonderheiten. (Frankfurter Zeitschrift für Pathologie Bd. VI. Hft. 3.)

Ein 7jähriger Knabe starb 5 Tage nach der Resektion des fungösen Kniegelenks an Entkräftung, da er nach der Operation keinerlei Nahrung mehr bei sich behielt, sondern unmittelbar nach der Einnahme wieder erbrach.

Die Sektion ergab einen an der hinteren Thoraxwand gelegenen, ca. 5 cm im Durchmesser großen Defekt des Zwerchfells, durch den ein großer Teil der Baucheingeweide in die Brusthöhle getreten war, nämlich der ganze Magen, die Milz, die Hälfte des Pankreas, das untere Drittel des Dünndarms und die anschließende Hälfte des Dickdarms. An der Cardia hatte eine vollständige Absprengung der Speiseröhre stattgefunden.

Die Diagnose war trotz Röntgenaufnahme des Brustkorbes nicht gestellt worden. Das reproduzierte Röntgenbild erklärt die Fehldiagnose, da die Milz an die Stelle des Herzens gerückt war, der Herzschatten auf der rechten Seite als pneumonische Infiltration und die Magenblase in der linken Pleurakuppel als Kaverne gedeutet werden kann.

In dem Verhalten des Knaben vor der Aufnahme ins Krankenhaus fiel auf, daß er sehr langsam und wenig aß, bald aber wieder Hunger hatte und trotz

scheinbar reichlicher Nahrungsaufnahme schlecht gedieh. Auch litt er an Kurzatmigkeit. Alle diese Symptome erklären sich aus dem anatomischen Befund, wurden aber bei dem tuberkulösen Knaben falsch gedeutet.

Die eingehende Beschreibung der Mesenterialverhältnisse ist im Original nachzulesen. Trappe (Breslau).

---

37) Mauclaire. Malformations congénitales de l'anus et du gros intestin. (Gaz. des hôpitaux 1911. Nr. 45.)

Ein 4 Wochen zu früh geborenes Kind begann bald gelbe Massen zu erbrechen. Die Untersuchung des von Mekonium freien Mastdarms ergab nichts. Der Leib war aufgetrieben, der Magen und geblähte Schlingen sichtbar. Laparotomie. Der Dickdarm war ganz atrophisch. Der Dünndarm stellenweise geschrumpft, dazwischen dilatiert. M. resezierte die Appendix dicht am Blinddarm und fixierte die Öffnung in die Bauchwand. Durch diesen Kunstafter entleerte das Kind bis zu seinem nach 8 Tagen erfolgten Tode flüssigen Stuhl.

Autopsie: Die Dünndarmstrikturen waren zum Teil sehr kurz, »klappenartig«, zum Teil mehrere Zentimeter lang, nirgend die Lichtung ganz verlegend. Die Atrophie des Dickdarms, dessen Mesokolon sehr kurz war, begann 6 cm oberhalb des Afters. — Von Lues der Eltern oder des Kindes ist nichts erwähnt. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

38) Blochmann. Eine wichtige Form von funktionellem Darmverschluß im Säuglingsalter und ihre Beziehungen zur Hirschsprung'schen Krankheit. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 13.)

Unter der großen Gruppe der mit der Hirschsprung'schen Krankheit verwandten Krankheitsformen gibt es einen ganz bestimmten Typus von angeborener Knickung des Darmes beim Übergang der Flexur in den Mastdarm. Die Krankheit setzt meist unmittelbar nach der Geburt ein; der Leib ist stark aufgebläht, Stuhlgang spärlich, öfter Erbrechen. Die Erkrankung gefährdet entweder direkt das Leben oder verhindert zum mindesten das körperliche Gedeihen. Verf. teilt drei derartige Fälle aus der Göppert'schen Klinik mit. Durch eine systematische Ableitung der Darmgase — permanente Drainage oder täglich mehrmals Einführung eines Darmrohrs — gelingt es nicht nur, die augenblicklichen Krankheitssymptome zu beseitigen, sondern auch eine normale Entwicklung zu ermöglichen.

Wahrscheinlich bildet die Ursache eine Klappenmechanik. Über einer mäßigen Darmverengung besteht eine sackförmige Erweiterung. Durch den Andrang des Darminhaltes von der sackartigen Höhle gegen die Verengung entsteht eine Zusammendrängung letzterer. Kommt noch ein Druck der Bauchpresse hinzu, so wird vielleicht durch das Herabdrängen des Mastdarms von vorn nach hinten die Anlage der klappenartig gestellten Strikturstelle noch vermehrt (Roser, Göppert).

Von größter praktischer Bedeutung ist, daß sich dieser Ventilverschluß auch im späteren Säuglingsalter einstellen kann. Glimm (Klütz).

---

39) W. R. Braizew. Das Mastdarmkarzinom. (Seine operative Behandlung.) Moskauer Diss., 1910. (Russisch.)

Die Djakonow gewidmete Arbeit bespricht das Thema an der Hand eigener Erfahrungen und der Literatur (350 Nummern) ziemlich eingehend.

Einen sehr breiten Raum nimmt die Anatomie ein. An 20 Leichen wurde das Gefäßsystem studiert. Danach zerfällt der Mastdarm in einen oberen, von der Art. haemorrh. sup. ernährten Teil und einen unteren, von den Artt. sup., med. und inferiores versorgten. Verf. macht als erster auf sakrale Lymphgefäße aufmerksam, die zum Teil von der hinteren Peripherie des subkutanen, perianalen Lymphgefäßsystems herstammen, zum Teil von der Gegend der Anheftung des M. levator ani an den Darm. Sie ergießen sich in die sakralen seitlichen Drüsen und die in der Gegend des Promontorium. Karzinome des unteren Teiles breiten sich also breit und hoch aus, die des oberen Teiles nur hoch. Bei Krebsen, die bis 5 cm hoch hinauf reichen, ist alles analwärts liegende samt den Sphinkteren zu entfernen.

Nur die Methoden mit Resektion des Os coccyg., die sakralen, vaginalen und kombinierten Methoden geben genügend Raum für radikale Arbeit. In allen Fällen, wo eine erhebliche Mobilisierung des Mastdarms nötig ist, muß zuvor laparotomiert werden zur Ligatur der Art. mes. inf. oberhalb ihres tiefen Astes für den Beckenteil der Flexur.

Das Bauchfell näht man besser statt es zu tamponieren. Die Wunde dagegen kann nur in »außergewöhnlich günstigen Fällen« genäht werden, im allgemeinen soll man breit und locker tamponieren.

Bei allen Kranken, die über Mastdarmbeschwerden klagen, soll genau mit Finger und Rektoskop untersucht werden! (Dieser Ruf wird wohl ebenso ungehört verhallen, wie die Forderung, alle Magenleidende auszuhebern und den Mageninhalt chemisch zu untersuchen. Es gibt eben Dinge, die nicht gemacht werden. Ref.)

Am Schluß werden 34 Krankengeschichten geboten, die ohne jede Übersicht aneinandergereiht sind. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

40) J. Israel. Ein Fall von Exstirpation eines Leberkavernoms.

(Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 15.)

Bei der 39 Jahre alten Pat. sah man im Epigastrium eine halbkugelige Vorwölbung, bedingt durch eine weit über faustgroße Geschwulst des linken Leberlappens, nach abwärts durch den eben gerade noch erhaltenen, ganz scharfen, schmalen Leberrand umsäumt, der in der Mitte zwischen Nabel und Processus ensiformis verlief. Durch allmählich zunehmenden Druck der flachen Hand konnte diese Geschwulst zum Verschwinden gebracht werden, mit dem Nachlassen des Druckes erreichte sie wieder ihr altes Volumen.

Auf Grund des Phänomens der Kompressibilität wurde die Diagnose auf eine kavernöse Lebergeschwulst gestellt. Bei der Operation präsentierte sich sofort die große blaurote Geschwulst des linken Leberlappens, die nach vorheriger Untersuchung und Mobilisierung durch Inzision des Ligamentum suspensorium hepatis exstirpiert wurde.

Die Geschwulst war ein echtes Kavernom und wog, natürlich durch Entblutung kollabiert und leichter geworden, noch 375 g.

Glatter Wundverlauf; Pat. wurde von ihren Beschwerden — Schmerzen, Druck auf den Magen, Aufstoßen — befreit.

Bisher wurden sechs derartige Geschwülste operativ entfernt; niemals aber wurde vor der Operation die richtige Diagnose gestellt.

Glimm (Klütz).

---

41) N. Stadtmüller (Neuyork). Die Diagnose chronischer Pankreaserkrankungen. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 3.)

Die Differenzierung der einzelnen Formen der chronischen Pankreaserkrankung steht an Wichtigkeit vorläufig noch hinter der Kardinalfrage zurück, ob im gegebenen Falle überhaupt ein Pankreasleiden vorliegt oder nicht. Auch diese Frage ist nicht immer restlos zu lösen, weil bei nur teilweiser Zerstörung der Drüse oder unvollständiger Verlegung ihrer Ausführungsgänge die Nahrung normal ausgenutzt werden kann. Das Pankreas kann in fast allen seinen Funktionen durch andere Organe vertreten werden. Ein konstant auftretendes Symptom bei Pankreaserkrankungen gibt es bis jetzt nicht.

Immerhin ist in zahlreichen Fällen auf Grund unserer physiologischen Kenntnisse und mittels der modernen Untersuchungsmethoden die Diagnose auf eine chronische Erkrankung des Pankreas mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit zu stellen Neben den Allgemeinerscheinungen (Druck- und Spontanschmerz, Druck auf das Ganglion coeliacum), Tumor, Duodenalstenose, Ikterus, Courvoisier'sches Zeichen, Verstopfung, Kachexie) sind besonders wichtig die direkte Entnahme von Duodenalsaft nach Einhorn und seine Prüfung auf Fermente, der indirekte Fermentnachweis aus Mageninhalt, Urin und Stuhl, die Prüfung auf spontane und alimentäre Glykosurie und die Pankreasreaktion nach Cammidge. Es ist zu hoffen, daß die im Anfange ihrer Entwicklung stehende funktionelle Diagnostik des Pankreas der erfolgreichen chirurgischen Behandlung der Erkrankungen dieses Organes die Wege ebenen wird. Gutzeit (Neidenburg).

---

42) Richard Lederer. Über eine angeborene membranöse Verengerung der Pars prostatica urethrae. (Virchow's Archiv Bd. CCIII. p. 240.)

Die Mitteilung betrifft einen 11jährigen Knaben, der in den ersten Jahren seines Lebens völlig beschwerdefrei war, dann seit einer im 6. Lebensjahre durchgemachten Skarlatina viel an Kaubeschwerden zu leiden hatte und schließlich an Urämie zugrunde ging. Die Ursache für diese Harnverhaltung bildete eine in Höhe des Anfangsteiles der Pars membranacea urethrae quer gespannte Membran, in der sich nur eine feine schlitzförmige Öffnung befand. Die mikroskopische Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für entzündliche oder traumatische Einflüsse; es fanden sich in der Membran sowohl ekto- als endotermale Gebilde. Verf. hält es für möglich, daß diese verschließende Membran durch Ausbleiben der vollständigen Verschmelzung der beiden Keimblätter an dieser Stelle zustande gekommen und somit als eine erste Hemmungsmißbildung zu deuten wäre.

Doering (Göttingen).

---

43) H. Pied. Rétrécissement urétral du à une sclérose limitée du corps spongieux, dans la region périnéale moyenne. Rupture de l'urèthre au-dessous de la sténose. Abcès. urineux; incision perinéale et drainage: guérison. Urétrotomie externe limitée au cylindre spongio-vasculaire avec libération de l'urètre. Guérison. (Ann. des mal. des org. gen.-urin. XXIX. I. 7. 1911.)

Die Hauptdaten der sehr interessanten Krankengeschichte sind in der Überschrift enthalten. Der Fall betraf einen 46jährigen Kranken.

Paul Wagner (Leipzig).

---

44) A. Schwenk (Berlin). Zur Behandlung der Prostatahypertrophie. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 4.)

S. berichtet über seine Erfahrungen mit der Injektion von Prostatatoxin nach Sellei und die galvanokaustische Inzision nach Goldschmidt.

Von der Sellei'schen Methode sah er weder subjektive noch objektive Erfolge, trotzdem er genau nach den Angaben des Autors verfuhr und auch alle von ihm angegebenen Modifikationen nachprüfte.

Dagegen erzielte er mit der kaustischen Inzision nach Goldschmidt ausgezeichnete Resultate, besonders bei beginnender oder ausgebildeter Hypertrophie des Mittellappens. Der Eingriff geschieht, im Gegensatz zum Bottini, unter Leitung des Auges, ist wesentlich harmloser als dieser und auch in seinen Konsequenzen (Blutung!) viel besser zu beherrschen.

S. ist der Meinung, daß das Anwendungsgebiet der Prostatektomie durch das Goldschmidt'sche Verfahren wesentlich eingeengt werden dürfte.

Gutzeit (Neidenburg).

---

45) O. Pasteau. Technique de la taille hypogastrique. (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 6. 1911.)

Verf. gibt ausführliche Vorschriften für die Vornahme der Sectio alta. Bei der Vorbereitung des Kranken für die Operation kommt es vor allen Dingen darauf an, eine Infektion des Urins zu verhüten, oder wo eine solche bereits vorhanden ist, sie möglichst abzuschwächen. Letzteres geschieht durch Blaseneinträufelungen und -Waschungen, sowie durch innerlichen Gebrauch von Harnantisepticis (Urotropin, Helmitol u. a.). Bei nicht infiziertem Urin sind prophylaktisch ebenfalls innere Harnantiseptika angebracht; vor allen Dingen aber soll man vor der Operation jedes unnötige Sondieren und Katheterisieren vermeiden. Bezüglich der Lage des zu Operierenden hält Verf. die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung für ungenügend; er ist für ein »Renversement« von 35—40°. Dieses Renversement wird allmählich und vorsichtig vorgenommen, vollständig erst direkt vor der Eröffnung der Blase. Den Petersen'schen Rektalballon wendet Verf. nicht mehr an; unter Umständen kann er durch den Finger eines Assistenten ersetzt werden, der durch den Mastdarm oder besser durch die Scheide die Blase in die Höhe schiebt. Wenn irgend möglich soll die Blase vor der Operation jedesmal mit Luft angefüllt werden. Hierzu sowie zu der vorhergehenden Entleerung der Blase bedient man sich am besten eines Gummikatheters mit Mercierkrümmung; das Instrument kann auch nach der Operation liegen bleiben und bildet den besten Dauerkatheter. Die Inzision der Bauchwand soll möglichst tief, direkt oberhalb des Schambeins vorgenommen werden; Verf. ist stets mit einem vertikalen Schnitte ausgekommen; die angeblichen Vorzüge der transversalen Inzision sind übertrieben. Das peritoneale Decollement muß auf die Mittellinie beschränkt bleiben, um später postoperative Urininfiltrationen zu vermeiden. Verf. gibt dann weiterhin genaue Vorschriften, auf welche Weise es zu vermeiden ist, daß sich aus der Blase im Moment ihrer Eröffnung kein Tropfen Flüssigkeit entleert und so die Wunde verunreinigt. Die Hauptsache ist, daß die Blase im Momente der Eröffnung hochgehalten wird. Für die Blasennaht empfiehlt Verf. eine einfache Naht, die sämmtliche Schichten der Blasenwand durchsetzt. Muß die Blase drainiert werden, so nimmt Verf. ein großes Freyer'sches Drainrohr; bei vollkommenem Schluß der Blase wird auf alle Fälle der prävesikale Raum drainiert. Ob die Blase drainiert wird oder nicht, ein Dauerkatheter wird stets eingelegt.

Paul Wagner (Leipzig).

---

46) F. Cuturi. Contribution clinique et expérimentale à l'étude de l'action du „bacterium coli“ sur le rein. (Ann. des malad. des org. gen.-urin. XXIX. I. 6. 1911.)

Das Bakterium coli, das auf dem Blutwege in eine gesunde Niere gelangt, verursacht keine Schädigung. Es kann nur Veranlassung zu einer Bakteriurie geben. Gelangt das Bakt. coli in eine steinhaltige Niere, so kommt es zu Pyelonephritis und Pyonephrose. Experimentell kann man eine Pyelonephritis durch das Bact. coli erzeugen, wenn man durch Unterbindung des Harnleiters eine Hydronephrose entstehen läßt und durch Schädigung des Mastdarmwandungen und 24stündigem Verschluß des Mastdarms das Bakt. coli auf dem Blutwege in die Niere übertreten läßt. Paul Wagner (Leipzig).

---

47) L. Ambard (Paris) et O. Moreno (Oporto). Mesure de l'activité rénale par l'étude comparée de l'urée dans le sang et de l'urée dans l'urine. (Semaine méd. 1911. Nr. 16.)

Die von den Verff. angegebene Methode der Messung der Nierenfunktion durch Vergleich der im Blut und im Urin ausgeschiedenen Harnstoffmengen beruht auf folgenden experimentell gefundenen Tatsachen: 1) Die Harnstoffausscheidung wächst in direkter Proportion mit dem Prozentsatz des Harnstoffs im Blute. 2) Die Harnstoffausscheidung wächst in umgekehrter Proportion mit dem Prozentsatz des Harnstoffs im Urin. Die Einzelheiten des an zahlreichen Individuen erprobten und von den Verff. mathematisch formulierten Verfahrens müssen im Original nachgesehen werden. Mohr (Bielefeld).

---

48) Rochet. Moyens chirurgicaux de se renseigner sur l'état des reins quand cathéterisme urétéral et séparation échouent (Ann. des mal. des org. gén.-urin. XXIX. I. 7. 1911.)

Für die Fälle, in denen der Harnleiterkatheterismus oder die Urinseparation aus irgendeinem Grunde nicht möglich sind, hat man verschiedene diagnostische Untersuchungsmethoden vorgeschlagen. Der von manchen Autoren empfohlene explorative Lendenschnitt verbunden mit einer explorativen Nephrotomie gibt unter Umständen nur unzureichende Resultate und ist nicht unbedenklich, z. B. dann, wenn die andere Niere exstirpiert werden muß. Ein anderes Verfahren ist der schon von Albarran vorgeschlagene, dann aber namentlich von Ruotte und vom Verf. empfohlene Harnleiterkatheterismus von einem hohen Blasenschnitt aus. Verf. hat dieses Verfahren sehr häufig erprobt und stets gute Resultate erhalten. Sondern die Nieren genügend Urin ab, so braucht man die Harnleiterkatheter nur $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde liegen zu lassen; sonst läßt man sie unter Umständen 24 Stunden lang liegen. Nennenswerte Nachteile sind mit dieser Methode nicht verbunden.

Ein weiteres diagnostisches Verfahren ist das von Jaboulay als »exclusion rénale ouverte« bezeichnete. Es besteht in der Unterbindung des Harnleiters und der Nephrostomie auf der einen Seite und dadurch in der vollkommenen Ausschließung der betreffenden Niere von der Urinabsonderung in die Blase. Dieses Verfahren hat seine großen Vorzüge namentlich dann, wenn die nephrostomierte Niere auch wirklich diejenige ist, die wegen schwerer Erkrankung entfernt werden muß. Im übrigen muß man dieser Methode den Vorwurf der Unsicherheit und Gefährlichkeit machen. Unsicher ist sie insofern, als man die Harnleiterunterbindung nicht zu fest anziehen darf und deshalb nicht sicher ist,

ob nicht doch Urin in die Blase abläuft. Gefährlich ist das Verfahren deshalb, weil die Unterbindung doch unter Umständen zu Nekrose der Harnleiterwand führen kann. Vielleicht könnte man die Gefährlichkeit der Unterbindung dadurch umgehen, daß man von der inzidierten Niere aus ein dickes, die Harnleiterlichtung vollkommen ausfüllendes Bougie in den Harnleiter einführt und so einen vollkommenen Abschluß der betreffenden Niere von der Blase ermöglicht. Verf. hat dieses Verfahren in einem Falle angewendet und gute Resultate erhalten. Um allen den Unannehmlichkeiten und Gefahren der bisher erwähnten Methoden aus dem Wege zu gehen, empfiehlt Verf., den Harnleiter der erkrankten oder der als am schwersten erkrankt angenommenen Niere 6—7 cm unterhalb der Niere freizulegen, durch einen kleinen Längsschnitt zu eröffnen und von da aus einen kleinen Katheter bis ins Nierenbecken zu führen. Das untere Ende des Harnleiters kann durch eine dicke Sonde fest verschlossen werden. Wenn man genügend Urin gesammelt hat, entfernt man den Katheter und vernäht die Harnleiterwunde. Das Verfahren bedeutet nur einen sehr geringen Eingriff; die eventuelle Nierenoperation kann in derselben Sitzung angeschlossen werden. Verf. hat sich dieser Methode in zwei Fällen bedient.

(Ref. möchte darauf aufmerksam machen, daß Israel bereits 1907 ein ganz gleiches diagnostisches Verfahren angegeben hat: Fol. urologica I. 1. p. 17. 1907.)

Paul Wagner (Leipzig).

---

49) Rafin. De la lithiase rénale et urétérale chez l'enfant (forme chirurgicale). (Ann. des mal. des org. gen.-urin. XXIX. I. 6. 1911.)

Die Arbeit des Verf.s gründet sich auf 39 Fälle; sie betrafen 5 Kinder im Alter von 1 bis 5 Jahren, 18 Kinder im Alter von 5 bis 10 Jahren und 12 Kinder im Alter von 10 bis 15 Jahren. Die Knaben waren stärker betroffen. In 13 Fällen handelte es sich ausschließlich um Nieren-, in 18 Fällen ausschließlich um Harnleitersteine; in 6 Fällen bestanden gleichzeitig Nieren- und Harnleitersteine, in 2 Fällen gleichzeitig Nieren-, Harnleiter- und Blasensteine. Die rechte Seite wog bedeutend vor; doppelseitige Steinbildung war selten. Von den Harnleitersteinen befand sich die große Mehrzahl im Beckenabschnitt. Die renale und ureterale Lithiasis kennzeichnet sich bei den Kindern durch die gleichen klinischen Symptome wie bei den Erwachsenen. Jedenfalls soll die Diagnose durch die Röntgenographie bestätigt und ergänzt werden. Von den Kindern mit Nierensteinen wurden 11 operiert, von den Kindern mit Harnleitersteinen 17. Sämtliche Operationen verliefen ohne Todesfall. Von den Kindern mit gleichzeitigen Nieren- und Harnleitersteinen kamen 5 zur Operation (2 †); bei den beiden Kindern, bei denen Niere, Harnleiter und Blase Sitz von Konkrementen waren, endete die Operation tödlich. Sämtliche Todesfälle ereigneten sich bei infizierten Nieren. Die operativen Indikationen sind bei Kindern die gleichen wie bei Erwachsenen. Im allgemeinen scheint die Nephrotomie bei Kindern weniger gefährlich zu sein, als bei Erwachsenen. Die unmittelbaren Operationsresultate sind bei Kindern sehr befriedigend; über das weitere Schicksal der operierten Kinder ist wenig bekannt.

Paul Wagner (Leipzig).

---

50) Max Zehbe. Untersuchungen über Nierengeschwülste. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 150.)

Verf. bekämpft auf Grund sehr umfangreicher und eingehender pathologisch-anatomischer Untersuchungen die Grawitz'sche Lehre von der Entstehung der

als Hypernephrome bezeichneten Nierengeschwülste. Er kommt zu dem Resultat, daß kein Recht mehr besteht, eine Abstammung dieser Nierengeschwülste von Nebennierenkeimversprengungen anzunehmen. Die sehr interessante Fragestellung und Beweisführung geht weit über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus.

Doering (Göttingen).

---

51) P. F. Scheel. Über ein eigenartiges Cancroid der Niere. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 311.)

Bei der Autopsie eines 70jährigen Mannes fand Verf. eine kindskopfgroße, teils solide, teils papillär gewachsene Geschwulst der Niere und des Nierenbeckens, mit Metastasen in Leber, Zwerchfell und Lungen. Histologisch ergab sich das beachtenswerte Resultat, daß die Geschwulst aus zwei voneinander völlig verschiedenen, scharf charakterisierten Epithelien aufgebaut war: es fand sich Plattenepithel im Bereiche des zugrundegegangenen Nierengewebes und Zylinderepithel an Stelle des Nierenbeckens. Die Metastasen enthielten ausschließlich Plattenepithel.

Doering (Göttingen).

---

52) Fr. Lasagna. Beitrag zur Kenntnis bösartiger Nebennierengeschwülste. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 282.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von doppelseitiger bösartiger Nebennierengeschwulst, die sich durch Fehlen von Bronzefärbung der Haut und durch ihren histologischen Bau — Karzinom und Sarkom nebeneinander und Übergänge zwischen beiden Geschwulstarten — auszeichnete.

Doering (Göttingen).

---

53) R. Kutner (Berlin). Ein Suspensorium mit elektrischer Dauerwärmung. (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 5.)

K. behandelt die gonorrhoische Nebenhodenentzündung ausschließlich mit feuchter Wärme und verpönt jede Kälteanwendung. Das Suspensorium wird über einen feuchten Umschlag mit wasserdichtem Stoff angelegt und durch eine kleine Taschenbatterie oder eine Lichtleitung mit Vorschaltwiderstand geheizt. Es ist zu beziehen von Jahr & Co., Berlin.

Gutzeit (Neidenburg).

---

54) F. Lejars (Paris). Ruptures et perforations pyosalpingiennes. (Semaine méd. 1911. Nr. 15.)

47jährige Frau mit doppelseitigen großen, verwachsenen Adnexgeschwülsten, die seit langen Jahren bestanden und in den letzten Monaten zu mehrfachen, vorübergehenden Erscheinungen peritonealer Reizung geführt hatten. Am Morgen der beabsichtigten Operation wiederum plötzlicher heftiger Anfall von Peritonitis. Bei der sofort vorgenommenen Operation fanden sich beträchtliche Mengen Eiters frei im kleinen Becken, in der rechten Darmbeingrube, der Regio subumbilicalis und zwischen den Därmen. Linsengroße Perforationsstelle an einer der beiden Pyosalpinxgeschwülste, welche mitsamt dem Uterus entfernt wurden. Drainage des kleinen Beckens und der rechten Fossa iliaca. Glatte Heilung.

Mohr (Bielefeld).

---

55) M. Chenot. Contribution à l'étude des épithéliomas primitifs de l'ovaire. Thèse de Paris, 1911.

C. stellte an zwei operativ entfernten Ovarialgeschwülsten eine vollkommene Übereinstimmung mit den von Chevassu unter dem Namen Seminom beschriebenen Hodengeschwülsten fest. Das Hodenseminom entsteht durch Proliferation einer Spermatogonie, welche in der Wandung der Samenkanälchen stattfindet und den Zellen der Samenepithelien vollkommen ähnlich ist. Im Eierstock sowohl wie im Hoden entsteht das Seminom nach C. durch Wucherung indifferenter embryonaler Geschlechtszellen, die in der Geschlechtsdrüse eingeschlossen sind und sich nach dem männlichen oder weiblichen Typus zu entwickeln können.

Mohr (Bielefeld).

---

56) Habermann. Über Ursache und Bedeutung des Skapularkrachens. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 14.)

Unter eingehender Würdigung der Literatur der Ätiologie des Scapularkrachens beschreibt Verf. zwei weitere Fälle aus der Küttner'schen Klinik. In beiden Fällen war die Ursache eine Exostose der Scapula; nach ihrer operativen Entfernung verschwanden die Geräusche. Es handelte sich um Kinder von 2 bzw. 5 Jahren; das Abstehen des betreffenden Schulterblattes hatte die Eltern veranlaßt, sich an einen Arzt zu wenden. Glimm (Klütz).

---

57) Jonas. Old irreducible dislocations of the shoulder-joint. (Transact. of the amer. surg. assoc. 1911.)

J. hat elf Fälle von alten irreponiblen Schulterverrenkungen operiert, zehn vom Deltoideus her, einen von der Axilla. Die Dislokationen bestanden zum mindesten 2 Monate. War auch das funktionelle Resultat nicht immer glänzend, so schwanden doch in allen Fällen die Schmerzen und Zirkulationsstörungen in Arm und Hand. Deetz (Arolsen).

---

58) G. Serge e S. Scovazzi (Torino). Contributo allo studio delle lussazioni del carpo. (Clin. chir. 1911. Nr. 3.)

Ein 60jähriger Mann, der schon verschiedene Unfälle durchgemacht hatte, trug auf den gebeugten Armen Eisenstäbe und fiel damit zu Boden, und zwar derart, daß er mit der Handfläche in eine Radfurche kam. Anschwellung der Hand und Unmöglichkeit, sie zu bewegen waren die Folgen. Als nach Anwendung von kalten Umschlägen und Immobilisierung die Geschwulst abgenommen hatte, sah man an der Stelle des Os capitatum eine Vorwölbung. Die Hand konnte im Radiocarpalgelenk hyperextendiert werden. Es handelte sich, wie das Röntgenbild ergab, um eine dorsale Verrenkung des Os capitatum, um eine abnorme Beweglichkeit des Os pyramidale und habituelle volare und äußere Verrenkung im Radiocarpalgelenk. Pat. bekam einen Schutzapparat. Nach 4 Jahren fand man eine Subluxation im Radiocarpalgelenk, eine Hervorragung bei Volarflexion am Os capitat. Das Os pyramidale war nicht mehr beweglich. Auf Grund dieses Falles und der Literatur kommen Verff. zum Schluß, daß diese Verrenkung auch nach Reposition und beim Fehlen von Komplikationen selten ohne Nachteile ausheilt, wenn auch die Beweglichkeit kaum leidet.

Stocker jun. (Luzern)

---

59) G. Wollenberg. Knochencyste im Os naviculare. (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 14.)

21 Jahre alter Student fiel beim Treppensteigen auf die rechte Hand; nach 3 Monate langer konservativer, erfolgloser Behandlung kam er zu W. Das Röntgenbild zeigte eine Cyste des Kahnbeins. Bei der Operation entstand ein Querbruch desselben; der Bandapparat erwies sich als unversehrt. Die Exstirpation ergab völlige Heilung.

Durch die mikroskopische Untersuchung wurde mit Sicherheit festgestellt, daß schon vor der bei der Operation erzeugten Fraktur eine zum mindesten unvollständige Fraktur, vielleicht eine Infraktion des Naviculare bestanden haben mußte, die offenbar pseudarthrotisch ohne Formstörung geheilt war. Es hatte sich auf der Basis einer alten Fraktur eine Cyste infolge einer Ostitis fibrosa entwickelt.

Derartige Erkrankungen hat man schon mehrfach beobachtet; in neuerer Zeit hat Preiser versucht, für sie eine primäre Abreißung eines für die Ernährung des Kahnbeins wichtigen Teiles des Ligamentum radiocarpeum dorsale verantwortlich zu machen, die schließlich zur Spontanfraktur führen soll. Ebenso wie Hirsch wendet sich Verf. gegen diese Auffassung und nimmt an, daß die zentrale Aufhellung des Kahnbeins in den fünf Preiser'schen Fällen auf Fraktur oder wenigstens Infraktion zurückzuführen sei, um so mehr als Haenisch in diesen fünf Fällen mit Ausnahme eines einzigen bereits bei der ersten Röntgenaufnahme eine feine Fissur nachweisen konnte.

Zur Erklärung dieser Erkrankung greift Verf. auf die Lehre von der Frakturheilung zurück. Bekanntlich erzeugt jede Fraktur — auch ohne Schädigung des Bandapparates — durch Zerreißung der intraossären Gefäße schwere Ernährungsstörungen der Fragmentenden, die sich regelmäßig in einer Nekrose der letzteren äußern. Dieser Ernährungsstörung in der Spongiosa entsprechen auch gleiche Ernährungsstörungen im Knochenmark, und hierauf läßt sich die Entwicklung der zur Cystenbildung führenden Ostitis fibrosa zurückführen.

Glimm (Klütz).

---

60) L. A. Diwawin. Über die Behandlung der Unterschenkelvaricen nach Scharff. (Sep.-Adruck aus Chirurgie 1911. [Russisch.])

D. hat die schwächere Scharff'sche Lösung (NaCl 39,0, Sublimat 1,0, Aq. dest. 5000,0) benutzt und ist auf Grund von 15 Fällen zu folgenden Schlüssen gekommen:

1) Ganz große variköse Knoten sind nach Scharff nicht zu beeinflussen.

2) Bei mittlerer Ausdehnung der Varicen kann mit großer Geduld von seiten der Beteiligten eine Besserung, gelegentlich vielleicht eine Heilung erzielt werden.

3) Günstig können die Injektionen bei Rezidiven nach Operationen wirken.

4) Bei beginnenden Varicen gibt die Methode gute Resultate.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

61) Walther. Fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe gauche, réduction par la methode de Codivilla. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. Nr. 11. 1911.)

Kasuistische Mitteilung eines Falles von kompliziertem Unterschenkelbruch, der durch Nagelextension fast ideal geheilt worden ist, nachdem alle anderen Methoden versagt hatten. G. E. Konjetzny (Kiel).

---

62) Paul Ewald. Plattfußschmerzen und Arthritis deformans (Berliner klin. Wochenschrift 1911. Nr. 15.)

E. tritt dafür ein, daß die Plattfußschmerzen, überhaupt alle schweren Veränderungen bei Plattfüßen auf eine deformierende Arthritis deformans zurückzuführen sind. Oft finden sich schon bei jugendlichen Pat. an den Gelenken der Fußwurzel neben den Verschiebungen ihrer Knochen hochgradige Veränderungen der Gelenke selbst. Glimm (Klütz).

63) Georg Müller. Zur Klinik des Plattfußes und der Zehendeformitäten. (Med. Klinik 1911. p. 530.)

Bei Knöchelbrüchen wird der Fuß leicht supiniert festgestellt. Dadurch werden die Überdehnung des Ligamentum tibio-calcaneo-naviculare und des dieses Band stützenden Musculus tibialis posticus sowie die Bildung des traumatischen Plattfußes verhindert.

Der statische Plattfuß beruht auf einem Mißverhältnis zwischen Belastung und Widerstandsfähigkeit des Fußgewölbes. Vielfach fehlt eine greifbare Ursache, trotz bezeichnenden Befundes. Es spielen mit ungenügende Blutversorgung des Fußes, Entartung, Erschlaffung, Überdehnung insbesondere der Zehenbeuger (Greifmuskeln), Verkürzung der stärkeren Zehenstrecker mit Abflachung des Fußgewölbes.

Zur Vermeidung und Heilung des Belastungsplattfußses, des Hallux valgus, der Hammerzehen: Nicht zu frühe Gehübungen der Kinder, Förderung der Blutversorgung und Ernährung des Fußes, geräumiges Schuhwerk mit elastischen, nicht mit starren Einlagen, Barfußgehen, Klettern, Turnen, Massage usw., passive Bewegungen, unter Umständen geeignete Bandagen, operative Eingriffe. Georg Schmidt (Berlin).

64) Goulland. Luxation du 1. métatarsien par chute de cheval. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1910. Dezember.)

Bei einem Sturze mit dem Pferde lag der linke Fuß eines Kavalleristen so unter dem Pferde, daß die Sohlenfläche nach dem Bauche des Pferdes, die Rückenfläche hingegen auf dem Fußboden lag. Als der Verletzte im Hospital ankam, stand der linke Fuß in Valgusstellung, das Röntgenbild zeigte eine Verrenkung der Basis des I. Metatarsalknochens nach der Planta pedis. Durch Zug und Gegenzug sowie gleichzeitigem Druck auf den unter der Haut fühlbaren Vorsprung gelang die Einrenkung; der Verletzte wurde dienstfähig. Verf. weist darauf hin, daß die Verrenkungen des I. Mittelfußknochens meistens eine Folge des Sturzes mit dem Pferde und meistens dorsale sind. Die Reduktion muß stets in Narkose ausgeführt werden. Herhold (Brandenburg).

Berichtigung.

In Referat 3 der Nr. 22 ds. Blattes lies Nociceptoren statt Noviceptoren.

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 25. Sonnabend, den 24. Juni 1911.

Inhalt.

I.

Aus der äußeren Abteilung des St. Elisabethkrankenhauses zu Halle a. S. (Oberarzt Dr. Aldehoff.)

Über die Pantopon-Skopolaminnarkose.

Von

Dr. med. Friedrich Eckert,

z. Z. Assistenzarzt am Krankenhaus „Bethesda“ in Hamburg.

Vor etwa einem Jahre berichtete Brüstlein[1] zuerst über eine Anzahl von Fällen, in denen er die Pantopon-Skopolaminnarkose angewandt hatte. Er konnte hierbei mehrere wesentliche Vorzüge vor der Morphium-Skopolaminnarkose feststellen.

[1] Brüstlein, Über die Skopolamin-Pantoponnarkose. Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte 1910. Nr. 26.

Angeregt durch diese Arbeit habe ich an chirurgischem Material versucht, den Wert der Pantopon-Skopolaminnarkose nachzuprüfen.

Zur Injektion verwandte ich die von der Firma Hoffmann-La Roche, Grenzach (Baden) für die Praxis fertiggestellten Ampullen. Den Männern wurde $1^1/_2$—2 Stunden vor der Operation 0,02 g Pantopon, $^1/_2$ Stunde später 0,02 g Pantopon zusammen mit 0,0007 g Skopolaminum hydrobromicum injiziert. Die Frauen bekamen nur eine Injektion, etwa eine Stunde vor dem Beginn der Operation. Sie enthielt 0,04 g Pantopon zusammen mit 0,0004 g Scopolaminum hydrobromicum. Es wurden nur größere Operationen ausgewählt, bei denen von vornherein eine längere Dauer der Narkose angenommen werden mußte. Meine Beobachtungen stützen sich auf über 100 Fälle, in denen die Pantopon-Skopolaminnarkose durchgeführt wurde.

Die Injektion war in den meisten Fällen schmerzlos. Auffallend war jedoch häufig eine mäßige Schwellung und Rötung in der Umgebung der Injektionsstelle.

Als Zeichen der beginnenden Wirkung machte sich meist ein gewisses Müdigkeitsgefühl geltend. Die Patt. fielen häufig in einen leichten Schlaf, aus dem sie sich durch Anrufen leicht erwecken ließen, um gleich darauf wieder »weiter zu dämmern«. In einem Falle bestand schon vor der Narkose tiefer Schlaf mit lautem Schnarchen, der jedoch nicht dazu ausreichte, die Operation ohne Chloroform ausführen zu können.

In einigen Fällen bestand gar kein Müdigkeitsgefühl, sondern im Gegenteil eine gewisse motorische Unruhe.

Als weitere Zeichen der beginnenden Wirkung des Mittels traten öfter auf: Durst zusammen mit trockenem Gefühl im Munde, Rachen und Hals. Auffallend war häufig eine gewisse Rötung des Gesichts.

Die Einleitung einer tiefen Narkose mittels Chloroform gelang meist ziemlich leicht, die Patt. fielen bald ohne oder wenigstens ohne nennenswerte Exzitation in festen Schlaf.

Von großem Vorteil war das Fehlen des beängstigenden Erstickungsgefühls zu Beginn der Narkose, was besonders die Patt. angenehm empfanden, die die gewöhnliche Chloroformnarkose schon von früher her kannten.

Nur in wenigen Fällen trat eine stärkere Exzitation ein, in denen jedoch bis auf einen Fall chronischer Alkoholmißbrauch vorlag.

Während des Verlaufes der Narkose konnte mit der Chloroformdarreichung meist sehr gespart werden; die Narkose wurde durch gelegentliches Aufträufeln von einigen Tropfen Chloroform unterhalten. Bei einer Anzahl von Operationen konnte mit der Tropfnarkose sogar länger ausgesetzt werden. Erst wenn die Pat. zu erwachen drohten, wurde wieder Chloroform gegeben. Nur in wenigen Fällen mußte jedoch dauernd verhältnismäßig viel Chloroform gegeben werden. Wie die Anamnese ergab, handelte es sich in diesen Fällen meist um starke Alkoholiker.

Während bei der reinen Chloroformnarkose in der Regel etwa 30 ccm Chloroform in der Stunde verbraucht wurden, war bei der Pantopon-Skopolaminnarkose durchschnittlich höchstens die halbe Dosis, in einer Anzahl von Fällen noch eine erheblich geringere Dosis nötig.

Irgendwelche Zufälle während der Narkose habe ich nicht beobachtet, besonders trat in keinem einzigen Falle während der Narkose Erbrechen auf. Auch kurz nach der Narkose blieb bis auf einen Fall das Erbrechen aus. In diesem Falle jedoch konnte die Operation aus äußeren Gründen erst $3^1/_2$ Stunden nach der Injektion stattfinden.

In einem Falle von großem Halsdrüsensarkom mit Kompression der großen Halsgefäße und der Trachea sistierte etwa $2^1/_2$ Stunden nach der üblichen Injektion plötzlich die Atmung. Der Pat. wurde stark cyanotisch. Der Puls war dagegen dauernd gut. Nach Einleitung der künstlichen Atmung erholte sich der Pat. bald wieder. Wegen dieses Zwischenfalles wurde die Operation erst 3 Tage später ausgeführt, bei der wieder dieselbe Dosis Pantopon-Skopolamin injiziert wurde. Da die Narkose vollkommen ruhig verlief, wurde das Sistieren der Atmung 3 Tage vorher auf die Kompression der Trachea durch die große Halsgeschwulst bezogen.

Auch das besonders bei Laparotomien für den Operateur so lästige Pressen und Würgen, wie es hauptsächlich nach Morphiuminjektionen so häufig vorkommt, wurde nur selten beobachtet.

Was das Verhalten von Puls und Atmung anbetrifft, so konnte ich weder vor noch nach der Narkose eine nennenswerte Beeinflussung feststellen. Nach der Narkose schliefen die Operierten meist noch längere Zeit ruhig weiter. Wurden sie durch äußere Reize gelegentlich einmal aufgeweckt, so fielen sie bald danach wieder in tiefen Schlaf zurück.

Ein weiterer großer Vorteil der Pantopon-Skopolaminnarkose ist das subjektive Wohlbefinden der Pat. beim Erwachen. Dieselben hatten häufig nicht die geringste Ahnung von der vorausgegangenen Operation. Schmerzen waren in den meisten Fällen längere Zeit gar nicht vorhanden oder sie waren doch wenigstens erheblich vermindert.

Das postoperative Erbrechen, das sonst nach der gewöhnlichen Chloroformnarkose in der Regel aufzutreten pflegt und manchmal sogar tagelang anhält, wurde nur in wenigen Fällen beobachtet. Auch in diesen Fällen beschränkte sich das Erbrechen nur auf ein bis wenige Male.

Eine weniger angenehme Begleiterscheinung dagegen war das ziemlich häufige Auftreten von Durstgefühl und Trockenheit im Halse.

II.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Tübingen.
Direktor: Prof. Dr. Perthes.

Rückverlagerung des prominenten Zwischenkiefers bei komplizierten Hasenscharten ohne Einziehung der Nasenspitze.

Von
Privatdozent Dr. A. Reich,
Oberarzt der Klinik.

Zur Rückverlagerung des prominenten Zwischenkiefers bei komplizierten Hasenscharten wird allgemein die lineäre oder keilförmige subperiostale Osteotomie des Vomer nach v. Bardeleben ausgeführt. Ist der Vorsprung des Mittelstückes einigermaßen beträchtlich, so ergibt sich durch die Rückverlagerung eine unerwünschte Entstellung der Nase, weil mit dem Zwischenkiefer auch der vordere Teil des Nasenseptum und damit die Nasenspitze nach hinten und unten rückt

und so eine Stumpf- und Bulldoggnase entsteht. Diese Entstellung wird um so größer, je mehr der Zwischenkiefer nach vorn und oben vorspringt.

Es sind mir nur zwei Methoden bekannt, welche diesem Übelstande Rechnung tragen. v. Langenbeck machte eine horizontale Durchtrennung der Nasenscheidewand dicht oberhalb des Zwischenkiefers. Dadurch bleibt zwar das knorpelige Septum als Stütze für die Nasenspitze unberührt, aber die Stellung des reponierten Zwischenkiefers wird eine schlechte, weil er sich dabei nur in einer Kreislinie nach unten, nicht, wie erwünscht, auch nach hinten bewegt. Die Methode ist daher außer Gebrauch. V. v. Bruns, der, unabhängig von Blandin, die Keilosteotomie aus der ganzen Dicke der Nasenscheidewand dicht hinter dem Zwischenkiefer auszuführen pflegte und die gefährliche Blutung aus den Art. nasopalatinae dabei durch präventive Umstechung vermied, suchte die Prominenz des fleischigen, meist verkümmerten Zwischenkieferstückes und die Depression der Nase dadurch auszuschalten, daß er das Philtrum vom Zwischenkieferknochen und das zu kurze häutige Nasenseptum vom Knorpel bis zur Nasenspitze ablöste und aus beiden ein neues, um den Betrag des Philtrums höheres häutiges Septum herstellte. Bei mehreren derart operierten Fällen, die zweifellos ein besseres Aussehen der Nase wie nach einfacher Rückverlagerung boten, zumal wenn man das etwas zu breite häutige Septum durch Nachoperation bei den einige Jahre älteren Kindern korrigiert hatte, konnte ich mich aber überzeugen, daß die Einziehung der Nasenspitze auch durch diese Methode nicht dauernd vermieden wird, weil die relative Verkürzung des knorpelig-knöchernen Septum bestehen bleibt, sich nicht durch Wachstum ausgleicht und nach 3—4 Jahren auch das häutige Septum wieder zu kurz geworden ist.

Brauchbare Methoden, derart entstandene Stumpf- und Bulldoggnasen zu verbessern, sind mir nicht bekannt. Die hierfür denkbaren Verfahren müßten wohl auch daran scheitern, daß einer etwaigen Erhöhung und Stützung des Nasenseptum z. B. durch Knochen- oder Knorpeleinpflanzung die Wachstumsverkümmerung des ganzen Nasenteiles entgegensteht. Ich habe daraus geschlossen, daß die Korrektur der Einziehung der Nasenspitze gleichzeitig mit der Rückverlagerung des Zwischenkiefers erfolgen muß, damit das ganze Wachstum der Nase in normalem Ausmaße und Grade erfolgen kann.

Zu diesen Erwägungen gab ein kürzlich in die Klinik aufgenommenes 3 Monate altes Kind mit doppelseitiger komplizierter Hasenscharte und starker Zwischenkieferprominenz (ca. 2 cm) Anlaß, bei dem ich mit gütiger Erlaubnis meines Chefs (Herrn Prof. Dr. Perthes) in nachstehender Weise vorging.

Die Profillinie der Nase war eine durchaus normale, mußte aber nach Vomerosteotomie und Rückverlagerung des Zwischenkiefers in die Flucht der Alveolarbögen einer hochgradigen Entstellung durch Einziehung der Nasenspitze Platz machen. Daher wurde zunächst das verkümmerte Philtrum vom Zwischenkieferknochen abgelöst und dann mit gerader Schere vom Ansatze des knorpeligen Nasenseptum am Zwischenkiefer steil und möglichst weit nach oben ein Schnitt durch Schleimhaut, Periost bzw. Perichondrium, knorpeliges Nasenseptum und Lamina perpendicularis des Siebbeines geführt, wie er in Abbild. 1 mit 4 bezeichnet ist. Die Blutung war trotz der Durchtrennung des mukös-perichondralen Überzuges eine sehr geringe und stand rasch spontan, weil dabei die Artt. nasopalatinae nicht verletzt werden und der Schnitt genau in die Richtung der Hauptäste der Art. ethmoidalis ant. und post. fällt, so daß nur kleinere Verbindungsschlingen angeschnitten werden und eine für Kinder gefährliche Blutung nicht zu befürchten ist. Es bleibt so entlang des Nasenrückens bis zur Nasenspitze eine breite knöchern-

knorpelige Spange des Septum stehen, welche die Erhaltung des vorhandenen Nasenprofils garantiert, weil sie die Tiefer- und Rückwärtsbewegung des Zwischenkiefers bei seiner Verlagerung nicht mitmacht. Um letzterer nicht entgegenzustehen und um keinen Zug am häutig-knorpeligen Teile der Naschenscheidewand auszuüben, ist eine Durchtrennung auch des mukös-perichondralen Überzuges erforderlich. Hiernach wurde die Rückverlagerung des knöchernen Zwischenkiefers vorgenommen durch subperiostale (im vorliegenden Falle keilförmige) Osteotomie des Vomer. Diese wurde möglichst weit hinten gemacht, damit zwischen dem vorderen und hinteren Osteotomieschnitt eine genügend breite Brücke und damit eine ausreichende Ernährung des annähernd trapezförmig umschriebenen Vomerstückes, welches den Zwischenkiefer trägt, bestehen bleibt. Die Gefahr einer Ernährungsstörung für das mobilisierte Vomerstück ist ausgeschlossen, wenn die Osteotomie genau subperiostal ausgeführt und damit die Art. nasopalatina geschont wird; auch verlaufen in der Basis des umschnittenen Stückes Äste der Art. ethmoidalis ant. und post.

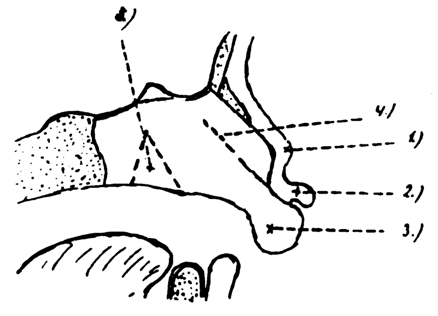


Fig. 1.

1. Nasenspitze.
2. Philtrum.
3. Prominenter Zwischenkiefer.
4. Vordere Osteotomie der Nasenscheidewand.
5. Keilförmige, subperiostale Vomerresektion.

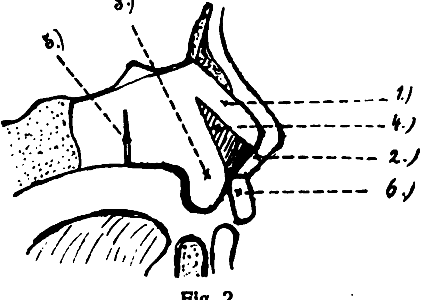


Fig. 2.

1. Vordere Spange der knorpelig-knöchernen Nasenscheidewand (Nasenstütze).
2. Neugebildetes häutiges Septum (altes Septum + Philtrum).
3. Zurückgelagerter Zwischenkiefer.
4. Dreieckiger vorderer Defekt in Nasenscheidewand.
5. Vomerosteotomie nach Redressement des Zwischenkiefers.
6. Median vereinigte seitliche Oberlippenteile.

Nachdem so der Zwischenkiefer in den Alveolarbogen eingefügt war, wurde zu seiner Fixation sofort die Hasenschartenoperation nach Mirault angeschlossen, wobei zwei kurze Wangenschnitte für genügende Mobilisierung der seitlichen Lippenteile sorgten. Das abgelöste und während der Hasenschartennaht nach oben geschlagene fleischige Zwischenkieferstück wurde nun angefrischt und nach dem Vorgange von V. v. Bruns zur Bildung eines häutigen Septum verwandt.

Der Erfolg der Operation ist ein guter. Die Oberlippe steht nicht wie bei Exstirpation des Zwischenkiefers zurück, dieser füllt den Alveolarbogen vollkommen aus, stärkere Wachstumsstörung des ganzen Oberkiefers ist damit vermieden, das Nasenseptum ist hoch und fest, die Spitze der Nase nicht eingezogen und die Mutter sehr erfreut, im Nasenprofil des Kindes genau das der ihren zu erkennen. Es ist kein Grund zur Annahme, daß die jetzt vollkommen normal gestaltete Nase durch das weitere Wachstum eine Formabänderung erfahre.

Abbildung 2 zeigt schematisch die Verhältnisse nach der Operation. Durch die Rückverlagerung des Zwischenkiefers entsteht aus der vorderen Schnittlinie ein spitzes Defektdreieck, das aber nach der äußeren Nasenapertur durch das neugebildete, hohe, häutige Septum abgeschlossen und weder kosmetisch noch funktionell störend ist. Die Schnittränder der hinteren Vomerosteotomie sind in typischer Weise bei keilförmiger Ausführung in Berührung, bei linearer in Form eines Dreiecks aneinander verschoben. Der Zwischenkieferknochen steht in der Flucht des Alveolarbogens.

Nach dem Erfolge im mitgeteilten Falle glaube ich die beschriebene Methode, deren Prinzip eine Erhaltung des Nasenprofils durch eine der gewöhnlichen Vomerosteotomie vorauszuschickende vordere Osteotomie der Nasenscheidewand mit Verwendung des Philtrum zur Septumplastik ist, für die Operation der Zwischenkieferprominenz bei komplizierten Hasenscharten empfehlen zu dürfen.

Tübingen, Mai 1911.

III.

Bemerkungen zu Hagentorn's Veröffentlichung: Zur Ätiologie des Leistenbruches in Nr. 18 ds. Zentralblattes.

Von

Marine-Oberstabsarzt a. D. Dr. Th. Hansen,

Chirurg in Lübeck.

Die obige Veröffentlichung enthält einige Bemerkungen, die eine Kritik herausfordern. Die Schlüsse, welche der Verf. aus seinen Operationsbefunden ziehen zu müssen glaubt, sind von zweifelhaftem Wert, da sie von durchaus angreifbaren Voraussetzungen ausgehen.

Hagentorn beginnt seine Ausführungen mit der Feststellung, daß man die Leistenbrüche in angeborene und erworbene einteilt, und fährt dann fort: »Erstere sollen in den offen gebliebenen Processus vagin. eintreten und daher mit dem Hoden zusammen in einem gemeinsamen Bauchfellüberzug, Bruchsack, stecken.« Diese Angabe beruht auf der Annahme, daß ein angeborener äußerer Leistenbruch stets einen ganz offen gebliebenen Scheidenfortsatz zur Voraussetzung haben müsse, und berücksichtigt nicht die viel zahlreicheren Fälle von in jugendlichem Alter entstandenen Brüchen, die auf angeborenem, zum Teil offen gebliebenem Scheidenfortsatz beruhen. Daß Hagentorn jene Ansicht, daß man nur bei ganz offen gebliebenem Scheidenfortsatz von angeborenem Leistenbruch sprechen könne, für die herrschende hält, beweist der später folgende Satz, in dem er von dem »herrschenden Dogma« spricht, »daß beim angeborenen Leistenbruch Hoden und Bruchinhalt in einem gemeinsamen Bruchsacke stecken.«

Dieses Dogma herrscht schon lange nicht mehr, sondern es hat sich seit Jahren die Anschauung Bahn gebrochen, daß zwar der Proc. vagin. nicht selten ganz offen bleibt, daß er aber viel häufiger zum Teil obliteriert und dann als mehr oder weniger weit herabreichender angeborener Bruchsack fortbesteht und gelegentlich zur Bildung eines äußeren Leistenbruches führt, aber auch das ganze Leben hindurch offen bleiben kann, ohne zur Bruchbildung zu führen.

Je jugendlicher ein bruchkrankes Individuum ist, um so wahrscheinlicher ist die Entstehung des Bruches auf Grund eines Restes des Scheidenfortsatzes. Weitere Ausführungen würden wiederholen, was ich in einer früheren Arbeit über dieses Thema gesagt habe[1]. Nur erwähnen möchte ich noch, daß sich meines Erachtens aus den Veröffentlichungen von Camper und Zuckerkandl einwandfrei ergibt, daß von diesen Autoren der Proc. vagin. als solcher erkannt ist, und daß nicht »der neben dem Processus vaginalis liegende offene Peritonealfortsatz für den nicht geschlossenen Scheidenfortsatz des Hodens gehalten wurde«.

Zum Schluß verweise ich noch auf die Untersuchungen von Sachs[2] und auf die Arbeit von Sprengel[3], in der in hervorragend klarer Weise unsere jetzigen Anschauungen über den Begriff »Bruchanlage« dargelegt sind.

1) Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

194. Sitzung vom 8. Mai 1911 im Krankenhaus Bethanien.

Vorsitzender: Herr Martens.

Herr Martens erwähnt einleitend, daß er absichtlich mehrere Themata aus verschiedenen Grenzgebieten auf die Tagesordnung gesetzt hat, weil dahin gehörige Fälle in den allgemeinen Krankenhäusern sehr häufig, nicht zu selten aber auch in den chirurgischen Kliniken zur Behandlung kommen.

1) Herr Schultze: Über die in Bethanien behandlten Fälle von geplatzter Extra-uterin-Gravidität.

S. berichtet über die Zeit vom 1. Mai 1903 bis jetzt, wo in Bethanien 52 Fälle von geplatzter Extra-uterin-Gravidität behandelt wurden, und zwar:

32 freie Blutungen mit 5 Todesfällen (2 akute Anämie, 1 Exitus in tabula wegen akuter Anämie, 1 Darmatonie — keine Peritonitis —, 1 inkompletter Ileus).

5 abgekapselte Blutungen in den Bauch (Tubenhämatome, perisalpingitische Hämatokelen), die nicht vom Douglas zu erreichen waren.

1 Ovarialkystom mit geplatzter Tubengravidität.

14 Hämatokelen (6 expektativ behandelt, 7 vaginal inzidiert, 1 Laparotomie).

Es wird die Frage der vaginalen und abdominalen Operation besprochen und unter Berücksichtigung der Literatur und eigener Erfahrung als Operation der Wahl die Laparotomie hingestellt. Natürlich soll bei der freien Blutung sofort operiert werden.

Auch bei den peritubaren Hämatomen und retrouterinen Hämatokelen ist, wenn die Tumoren sich nicht bald zurückbilden, mit Rücksicht auf die Gefahr der Verjauchung und Nachblutung die Laparotomie meistenteils zu empfehlen, da die Mortalität gering ist und die Behandlungsdauer erheblich gegenüber der vaginalen Inzision und dem exspektativen Verfahren abgekürzt wird.

Diskussion: Herr Mühsam gibt einen Überblick über die am Krankenhaus Moabit seit 1896 behandelten Fälle von Tubargravidität. Vom Jahr 1896—1903 waren es 100 (Publikation von Zuntz). Von diesen wurden 90 operiert, 10 ver-

---

[1] Hansen, Über angeborene Leistenbruchsäcke. Arch. für klin. Chir. Bd. LXXXIX (1909).

[2] Sachs, Untersuchungen über den Proc. vag. perit. Arch. für klin. Chir. Bd. XXXV (1887).

[3] Sprengel, Über den Begriff »Bruchanlage« in der Praxis. Sammlung klin. Vortr. (Volkmann) Nr. 551 (1909).

ließen ohne Operation das Krankenhaus; von den 90 Operierten starben 15. Vom 1. I. 1904 bis 31. III. 1908 wurden 82 behandelt (Arbeit von Fiedler), 77 operiert, von denen 8 starben, 5 nicht operiert, von denen 4 starben. Seit 1. IV. 1908 bis jetzt wurden wiederum 91 Fälle behandelt und sämtlich operiert. Von diesen sind 5 gestorben. Die letzten 40 aufgenommenen und operierten Pat. sind sämtlich genesen. M. spricht sich für die sofortige Operation per laparotomiam aus. Wir können nicht wissen, ob eine Blutung sich nicht wiederholt; darum soll möglichst umgehend operiert werden. Am gefährlichsten sind die Blutungen, wenn der Riß nahe am Uterus sitzt. Die Operation wird möglichst einfach gestaltet: Abbinden der Tube, Bauchnaht. Das Blut wird weder ausgespült noch ausgetupft, man läßt nur abfließen, was während der Operation abfließt. Die Tamponade ist nicht angezeigt, da sie den Wundverlauf nur kompliziert. Auch retro-uterine Hämatome hat M. nach dieser Methode per laparotomiam operiert. Die Inzision derselben genügt nicht, da Nachblutungen vorkommen können.

Herr Martens hält die Spülung für wichtig nicht nur zur schnellen Belebung der Kranken, sondern zur schonenden Entfernung des freien Blutes in der Bauchhöhle, das zur Autointoxikation und Darmlähmung und durch Verklebungen zum Ileus führen kann.

2) Herr Martens: Zur Paraffinbehandlung der Nabelbrüche.

Bei einem korpulenten Herrn waren von anderer Seite im letzten Jahre zur Heilung eines Nabelbruches fünfmal Paraffininjektionen gemacht worden, gefolgt von wochenlangen heftigen Schmerzen, so daß Pat. Neurastheniker geworden ist und sich an Morphium gewöhnt hat. Nach einer Injektion Verjauchung und Ausstoßung bzw. Aussaugung des Paraffins. Das durch Radikaloperation (in Lokalanästhesie) gewonnene Präparat zeigt, umgeben von reichlichem Fett, einen halbfaustgroßen Bruchsack, zur Hälfte mit verwachsenem Netz, zur anderen Hälfte mit festem Paraffin angefüllt. M. warnt vor solchen Eingriffen im Dunklen, die doch auch Peritonitis, Thrombosen und Embolien zur Folge haben können und in solchen Fällen absolut nutzlos sein müssen.

Diskussion. Herr Eckstein: Der von Herrn Martens operierte Herr wurde von mir vor 1 Jahre wegen eines beinahe 20 Jahre bestehenden, walnußgroßen, freien Nabelbruchs mit Hartparaffininjektionen behandelt, wie ich dies bei etwa 60 anderen Fällen mit meist vorzüglichem Erfolge seit nunmehr 9 Jahren getan habe. — Hier trat 4 Wochen nach der Injektion eine Infektion auf, wahrscheinlich verursacht von einem in der für Nabelbrüche so charakteristischen tiefen Hautfalten entwickelten Ekzem. Nachdem durch Saugapparate ein großer Teil des Paraffins entfernt war, erfolgte eine allerdings sehr langsame Heilung. Einige Monate später traten wieder Schmerzen auf, die nunmehr auch durch wiederholte Paraffineinspritzungen nicht mehr zum Schwinden kamen, obwohl der Bruch selbst nicht mehr vorgepreßt werden konnte. Ich empfahl nun selbst die Radikaloperation, die meine Annahme bestätigte, daß die Schmerzen auf Verwachsungen zurückzuführen waren. Eiter fand sich nirgends. — Ich habe in anderen Fällen auch dann noch Heilung erzielt, wenn kleine Verwachsungen mit dem Netz bestanden, wie sie sich hier erst während der Behandlung gebildet hatten; der Fall bildet also eine Ausnahme und gibt durchaus keine Veranlassung, von der ganz ungefährlichen und bei kleinen und mittelgroßen Nabelbrüchen mit großer Sicherheit zur Heilung führenden Paraffineinspritzungen abzusehen.

3) Herr Martens: Beiträge zur Extremitätenchirurgie.

1) Chondrom der Tibia, zweifaustgroß, bei 51jährigem Offizier in 2 Jahren

langsam gewachsen. Demonstration der Röntgenbilder. Bei der Freilegung und Ausmeißelung des Tumors rissen die mit stumpfen Haken zur Seite gezogenen, verdünnten Gefäße und der Nervus tibialis durch. Unterbindung der Vena poplitea, zirkuläre Naht der Arterie und Naht auch der Nerven. Heilung mit guter Funktion des Beines, bisher 10 Monate post op. ohne Rezidiv.

2) Abriß der Tuberositas tibiae bei einem Tabiker durch Fall; glatte Heilung mit völliger Funktion durch Operation (Dr. Gontermann), eine zweite bei einem jungen Mann beim Abspringen entstanden. Der Bruch betrifft die ganze vordere Tibiakante bis in das mit Blut gefüllte Kniegelenk. Exstirpation loser Knochenstücke, Annähung des Ligamentum patellae. Völlige Funktion.

3) Vorstellung eines in 28 Tagen mit absolut tadelloser Funktion geheilten Falles von Kniescheibenfraktur und Zerreißung des Streckapparates durch Naht. Empfehlung der Naht in solchen Fällen im Gegensatz zu den Ausführungen dänischer Chirurgen, und zwar mit oberem Bogenschnitt und Nachbehandlung durch Zug nach oben, wie sie ähnlich auch von Kausch empfohlen wird. Von 23 Fällen (1903—11) von Patellafraktur wurden 16 genäht.

4) Herr Sieber: 1) Haematometra im Uterus bicornis.

S. berichtet über einen Fall von Hämatometra in der linken Hälfte eines Uterus bicornis bei einem 19jährigen Mädchen. Die durch die Blutretention stark ausgedehnte, mit der Umgebung fest verwachsene Hämatometra hatte sich ins Ligamentum latum entwickelt tief ins kleine Becken hinein. Rechts bestand eine Parovarialcyste, die zunächst entfernt wurde. Auch noch während der Laparotomie (Prof. Martens) wurde eine linke intraligamentäre Ovarialcyste angenommen, zumal die Menstruation regelmäßig gewesen war. Ziemlich mühsame Ausschälung, Abtrennung vom anderen Horn des Uterus und von der Vagina, die mit dem Uterusrest nur noch durch eine schmale Brücke verbunden war und deswegen fast zirkulär an ihn angenäht werden mußte. Ungestörter Heilungsverlauf, vollkommenes Wohlbefinden der Pat. mit regelrechter Menstruation, jetzt 8 Monate nach der Operation andauernd.

2) Spontane Uterusruptur im 5. Schwangerschaftsmonate.

S. demonstriert ein Präparat einer spontanen Uterusruptur im 5. Schwangerschaftsmonate. Die Pat., eine 23jährige Drittgebärende, wurde 36 Stunden nachdem sie mit plötzlichen heftigen, wehenartigen Schmerzen erkrankt war, eingeliefert mit der Diagnose Peritonitis nach Abort. Im Krankenhause wurde die Diagnose auf spontane Uterusruptur oder geplatzte Tubargravidität gestellt, doch wurde von einem operativen Eingriffe abgesehen, da Pat. vollkommen moribund war. Sie starb kurz nach der Einlieferung. Die Sektion ergab eine Ruptur des im 5. Monate graviden Uterus mit über 2 Liter Blut in der freien Bauchhöhle, sowie beginnende Peritonitis. Als Ursache der Ruptur wird ein abnorm tiefes Einwuchern der Placenta in die Uterusmuskulatur angenommen, sowie Verdünnung der Uteruswand durch Narbenbildung nach früher erfolgter manueller Placentarlösung.

5) Herr Sinz stellt zwei von Prof. Martens operierte Pat. vor, bei denen eine Peritonitis im Bruchsack beobachtet wurde.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 24jährigen Mann, der von einem Schlafkameraden mit einem Revolver geschossen war. Das Geschoß saß vorn unter dem Nabel dicht unter der Haut, die Einschußstelle lag in der Mitte der rechten Hinterbacke. Sofortige Operation. Es wurden erst neun Darmperfora-

tionen übernäht, dann ein 92 cm langes Dünndarmstück, das noch 7 Löcher, die fürs Übernähen zu groß waren, enthielt, reseziert, das Abdomen mit Kochsalzlösung ausgespritzt. Trotz relativen Wohlbefindens ging längere Zeit die Temperatur nicht herunter. Es trat eine Schwellung und Rötung in der rechten Leistenbeuge und Skrotalhälfte auf, die am 18. Tage nach der Operation inzidiert wurde. Man kam hier auf einen Bruchsack mit Eiter (Streptokokken). Dann glatte Heilung.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen Pat., der wegen perforierten Magengeschwürs laparotomiert wurde. Übernähung des Geschwürs und Ausspülung der Bauchhöhle mit 20 Liter Kochsalzlösung. Am 4. Tage trat eine starke Schwellung und Rötung der rechten Hodensackhälfte ein. Bei der Inzision kam man auch hier auf einen mit Eiter gefüllten Bruchsack. Im Eiter ebenfalls Streptokokken. Von da an glatter Verlauf und Heilung.

Der letzte Pat. ist der zehnte einer Reihe von hintereinander geheilten Fällen von geplatzten Geschwüren des Magens bzw. Duodenum.

Diskussion: Herr Martens betont die Notwendigkeit, in allen Fällen von Schußverletzungen des Bauches sofort operativ vorzugehen, auch wenn noch keine Erscheinungen von Darmverletzung vorliegen. Er hat in noch zwei Fällen operiert. Einmal wurde er erst nach 6 Stunden zugezogen, bei den ersten Erscheinungen von Peritonitis. Übernähung mehrerer Löcher im Dünndarm, Ausspülung des Bauches, Heilung.

Ein anderer Fall ist wegen seines Verlaufes wichtig. Zwei Löcher im Magen (in der Vorder- und Hinterwand), die sehr starke Blutung veranlaßt hatten, wurden vernäht. Zunächst längere Zeit Wohlbefinden, dann führten häufigere Nachblutungen zum Tode. Sektion: Das große Geschoß lag im Pankreas und hatte, zum Teil wohl in Verbindung mit der Wirkung des aussickernden Pankreassekretes, zur Usur der Milzgefäße geführt.

Man soll deswegen bei der Operation auch darauf achten, wo das Geschoß geblieben ist.

6) Herr Schreiber: Über Schußverletzungen.

Vorstellung eines Pat. mit geheilter Schußverletzung durch beide Fußgelenke Pat. erhielt die Verletzung 1894 im süd-westafrikanischen Aufstande. Schwere Zerschmetterung des rechten Unterschenkels, Entfernung von 47 Knochensplittern. Heilung mit so guter Funktion, daß Pat. 2 Jahre später im Aufstandsgebiete wieder Dienste als Unteroffizier tun konnte. Röntgenbild.

Demonstration des Gehirns eines Selbstmörders. Einschußöffnung im rechten Schläfenbein; Schußkanal quer durchs Gehirn, Knochensplitterung im linken Schläfenbein, Geschoß — 9 mm Kaliber —, wie eine Billardkugel an der Bande abgeprallt, findet sich im linken Hinterhauptslappen.

7) Herr Martens: Beiträge zur Lungen-Pleurachirurgie.

Erwähnung der großen Vorteile des Druckdifferenzverfahrens. M. hat den Brat'schen Apparat benutzt. Fall von Myxochondrosarkom der Brustwand, die in großer Ausdehnung weggenommen wird, Lunge in den Defekt eingenäht und darauf ein die Mamma derselben Seite einbegreifender großer Lappen transplantiert. Schnelle Heilung.

Bei einem Mammakarzinomrezidiv wurde ähnlich ein großes Stück der Brustwand (III.—V. Rippe und ein Teil des Brustbeins) reseziert, die Lunge angenäht und nun die Mamma der anderen Seite benutzt, den Defekt zu schließen.

Demonstration von Präparaten und Röntgenbildern einer den ganzen Ober lappen einnehmenden tuberkulösen Kaverne, eines den ganzen Unterlappen einnehmenden Lungenabszesses und schließlich eines großen verjauchten Lungenkarzinoms von äußerst elender Pat., die trotz Operation, zum Teil in Lokalanästhesie (in letztem Falle nur Probeinzision), bald starben.

Bericht über früher operierte Fälle von bronchiektatischen Kavernen, von Lungengangrän und von tuberkulösen Totalempyemen mit ausgedehnten Resektionen, Hautplastiken und Eröffnung einer tuberkulösen Kaverne, Demonstration der dazugehörigen Röntgenbilder, Photographien bzw. Pat. Asepsis, Lokalanästhesie und Druckdifferenzverfahren haben in Verbindung mit der Bronchoskopie die Resultate der Lungenchirurgie verbessert. Besprechung, welcher Druckapparat am zweckmäßigsten sei.

Kausch will ein besonderes Zimmer für Lungenoperationen einrichten.

Pels-Leusden empfiehlt den Lotsch'schen Apparat.

8) Herr Martens: Über chirurgische Komplikationen der Otitis media.

M. bespricht zunächst die Ohr und Nase beteiligenden Schädelbasisfrakturen. Treten in ihrem Verlaufe Eiterungen auf, so ist man auch bisher schon operativ vorgegangen, ebenso bei Blutungen mit Hirndruckerscheinungen. Voss verlangt Operation auch zwecks Vorbeugung von Meningitiden bei Basisfrakturen. Verschiedene Statistiken werden auf die Häufigkeit sekundärer Meningitis untersucht. M. hat in Bethanien 56 Basisfrakturen behandelt mit 3 Todesfällen an Meningitis. Er bezweifelt, ob sich die Chirurgen entschließen werden, bei allen Sieb-, Schläfenbein-Basisfrakturen prophylaktisch zu operieren, empfiehlt die Operation aber bei gleichzeitiger Otitis media. Vorstellung eines so geheilten Falles, bei dem es vor der Operation nicht sicher war, ob die Aphasie und der Fall durch einen Hirnabszeß bedingt war oder der Fall eine Basisfraktur mit Bluterguß erzeugt hatte bei zufällig vorher bestehender Otitis. Die Operation ergab das Letztere; sie sollte dazu dienen, eine Infektion der Fraktur zu verhüten. Demonstration eines Knaben mit geheiltem Kleinhirnabszeß und Besprechung der Besonderheiten des zuerst latent verlaufenden Leidens.

Bericht über zwei geheilte Fälle von großen epiduralen Abszessen und zwei an — wenigstens einmal schon vorher bestehender — Meningitis gestorbenen Fällen von Schläfenlappenabszessen sowie Vorstellung bzw. Bericht über drei geheilte Fälle von Sinusthrombosen.

9) Herr Martens: Über erschwertes Dekanulement und über Larynxatresie nach Diphtherie.

M. berichtet über seine Erfahrungen bei 1290 Fällen von Diphtherie und 390 Tracheotomien in Bethanien. Er wendet fast ausschließlich die Tracheotomia inferior an und bezieht darauf die relativ seltenen Dekanulementsstörungen, Neumann's Erfahrungen bestätigend. Auch er bevorzugt möglichst frühzeitiges Dekanulement. Abgesehen von Schwierigkeiten bei ganz kleinen Kindern mit Bronchopneumonien wurden schwerere eigentlich nur in vier Fällen beobachtet: eiumal zweimalige Retracheotomie wegen Granulationen, die entfernt wurden, mit schneller Heilung nach dem letzten Eingriff. Eine Larynxstenose trat nach Intubation, die M. selber primär nie anwendet, auf. Heilung durch Bougierung mit Roser'schen Sonden und sekundärer Tubage. Bei zwei anderen, von denen der eine wegen Diphtherierezidivs erst intubiert, dann tracheotomiert wurde,

hatte sich ein völliger Verschluß des Kehlkopfs ausgebildet. Laryngotomie. Exstirpation der Narben, Bougierung und Intubation brachten in dem einen Falle völlige Heilung (nur leichte Heiserkeit), während der andere sehr gebessert wegen Auswanderung der Eltern einer ausländischen Klinik überwiesen werden mußte. Vorstellung der Kinder und Demonstration der verschiedenen Nachbehandlungskanülen, Dilatationssonden und Intubationsinstrumenten.

Diskussion: Herr Mühsam benutzt bei erschwertem Décanulement die oben gefensterten Kanülen. Durch den an den Granulomen vorbeistreichenden Luftstrom kommen diese kleinen Granulationsgeschwülste zur Schrumpfung. Es war bei dieser Methode nie nötig, ein Kind mit Kanüle zu entlassen.

10) Herr Martens: Über Gaumen- und Kiefergeschwülste.

Der vorgeschrittenen Zeit wegen verzichtet M. auf den Vortrag und die Vorstellung weiterer Pat. und zeigt nur einen, der als inoperabel zugeschickt war und bei dem vor 10 Monaten wegen Karzinoms fast der ganze linke Unterkiefer mit Mundboden, Drüsen, einem Teil der Zunge und des Gaumens, ferner die linke Tonsille fortgenommen wurde. Demonstration der Prothesen und des bisher ohne Rezidiv in gutem Ernährungszustand befindlichen Pat.

Rich. Wolff (Berlin).

---

2) **Grunewald. Über Anpassung an Funktionsausfälle nach Unfallverletzungen.** (Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallchirurgie Bd. IX. Hft. 1.)

Dem Umstande, daß dem Unfallverletzten nach jeder längeren Störung die Übung fehlt, und daß er selbst dann, wenn eine völlige Heilung eingetreten ist, sich erst wieder in seine regelmäßige Tätigkeit einleben muß, hat das Unfallversicherungsgesetz Rechnung getragen, indem es die Schonungs-, Übergangs- oder Gewöhnungsrente festsetzte, die dem Fortschreiten der Heilung entsprechend eine gewisse Abstufung gestattet. Aber gewissen Störungen, die durch Ausfallserscheinungen bedingt waren, stand man allzu ängstlich gegenüber. Beim Fehlen eines Körperteils, bei difform geheilten Knochen usw. bezogen die Träger entschieden eine viel zu hohe Rente, obwohl ihre Leistungsfähigkeit mehr oder weniger die Norm erreicht hatte. Verf. will deshalb bei Unfallverletzungen zwischen Gewöhnung an Arbeit bei heilbaren Verletzungen und Anpassung an irreponible Veränderungen eine schärfere Grenze gezogen wissen und danach die Begriffe der Gewöhnungsrente und Anpassungsrente strenger, als es bisher geschehen ist, auseinander halten. Therapeutisch ist großer Wert auf eine zweckmäßige Amputation der Glieder und auf plastische Operationen bei Muskel- und Nervendefekten zu legen und dann den Verletzten Gelegenheit zu geben, ihre verletzten Glieder den Beschäftigungen, die für jeden einzelnen Fall zu wählen sind, anzupassen. Es müßten daher in Deutschland einige Anpassungsschulen eingerichtet werden, deren Aufgabe es wäre, Verletzte der genannten Art in für sie passende Berufe einzuführen, d. h. ihre Rente ganz oder teilweise zu kapitalisieren. In diesen Schulen müßte der Beinamputierte Schneider, Schuster oder je nach seiner Intelligenz Feinmechaniker werden können, der des rechten Armes Verlustige müßte Gelegenheit finden, seinen linken auszubilden und ähnliches mehr.

Hartmann (Kassel).

---

3) F. von Recklinghausen. Untersuchungen über Rachitis und Osteomalakie. 2 Bände. Text 574 S., Atlas 41 Tafeln mit 127 Abbildungen. Jena, Fischer, 1910.

Das vorliegende umfangreiche Werk ist der Kgl. Friedrich Wilhelms-Universität Berlin zu ihrer Hundertjahrfeier gewidmet und mit ihrer Unterstützung gedruckt. Verf. starb, ehe es ihm vergönnt war, das Werk, dem er seine ganze Kraft der letzten Jahre gewidmet hatte, vollendet zu sehen. Nachdem er zum ersten Male im Jahre 1891 bei der Besprechung der Ostitis fibrosa ausführlicher über seine Studien auf dem Gebiete der Knochenpathologie Bericht gegeben, hat er fast zwei Jahrzehnte wissenschaftlicher Arbeitskraft darauf konzentriert, die schwierigen Probleme der Knochenpathologie zu lösen. Das Werk war so gut wie vollendet und wurde von dem Sohne des Verf.s der letzten Durchsicht unterzogen.

Vieler Jahre bedurfte es, um das Untersuchungsmaterial von mehr als 200 Fällen zusammenzutragen. Fall für Fall wurde in Lichtdrucktafeln auf einer Tafel vereinigt, und so ist als Ergänzungsband ein Atlas entstanden, welcher mit bewundernswerter Deutlichkeit die äußere Form wie die innere Architektur der Knochen und außerdem auf bunten Zeichnungen die mikroskopischen Befunde zeigt. Den weitaus breitesten Raum des Buches bilden die Untersuchungen des großen Materials. Die Untersuchungsmethoden, Metamorphosen der Knochenkörperchen, mikroskopisch sichtbaren Veränderungen der Knochengrundsubstanz, Vorgänge am kalkhaltigen Gewebe, am Knochenmark, in der Ossifikationszone, an den Diaphysen und Metaphysen bilden einzelne Kapitel, in denen eine Fülle neuer Beobachtungen mit größtenteils neuen Benennungen niedergelegt ist. Trotz der Mannigfaltigkeit der Dinge auf diesem pathologischen Gebiete, die aller Versuche zu spotten scheint, Regel und das Prinzip der Ordnung zu finden, kommt Verf. zum Schluß, daß Rachitis und Osteomalakie morphologisch nicht zu trennen sind, auch Osteoporose, Atrophie und Hypoplasie nicht abzusondern sind. Er stellt die Arten der rachitisch-malakischen Erkrankung zusammen als porotische, als hyperplastische und phlegmatoplastische Malakie, ferner unterscheidet er die fibröse Ostitis (Recklinghausen) als metaplastische, die deformierende Ostitis (Paget) als hyperostotisch-metaplastische, die Osteogenesis imperfecta als myeloplastische und hypostotische Malakie.

Weitere Kapitel behandeln die Ätiologie und den Stoffwechsel in der malakischen Erkrankung, Ursachen, Entstehungszeiten und die verschiedenen Theorien. Ein ausführliches Literaturverzeichnis, von O. Fittig zusammengestellt, beschließt den Textband. Der Atlas zeichnet sich durch eine außerordentlich exakte Wiedergabe der einzelnen makroskopischen wie mikroskopischen Befunde aus.

Bei den die Chirurgen am meisten interessierenden Deformitäten unterscheidet R. zwei Entstehungsarten: die plötzlich nach Infraktion entstehenden und die allmählich zunehmenden bogenförmigen Biegungen. Mag man auch der momentanen plötzlichen Gewaltwirkung bei den in der Adoleszenz auftretenden Störungen an der Epiphyse unter den kausalen Momenten die erste Stelle einräumen, so glaubt Verf. doch, daß durch eine lokale Malakie der Knochen widerstandsunfähig geworden ist. Es kann sich um eine nur auf die Gelenkenden beschränkte Malakie handeln.

Ein näheres Eingehen auf den reichhaltigen Inhalt ist bei einem Referat nicht im entferntesten möglich. Das Werk birgt eine derartige Fülle von Material und Einzelheiten, daß es für den Chirurgen eine willkommene Bereicherung seiner

Bibliothek als dauernd wertvolles Werk bildet, wenn auch noch mancherlei, wie die Vereinigung der Krankheitsbilder unter einen Hauptbegriff und die Entstehungsursachen der Deformitäten der Adoleszenz noch vermehrter Beobachtung und kritischer Arbeit bedarf. Drehmann (Breslau).

---

4) Jacob Wolff. Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. II. Teil. 1261 S. Jena, Gustav Fischer, 1911.

In diesem Zentralblatt 1908 Nr. 4 konnte Ref. über den I. Teil des W.'schen Werkes berichten und denselben als Standardwerk der Krebsliteratur bezeichnen. Für diesen zweiten Teil trifft das ebensogut und, falls eine Steigerung des Ausdrucks noch möglich wäre, könnte man sich deren sicher bedienen. Die Literatur ist bis Ende 1909 berücksichtigt. Die Überschrift der ersten Abteilung lautet: Biologische Ätiologie. Hier bespricht Verf. die neueren Untersuchungen über die Natur der Krebszelle, u. a. Kelling's, Albrecht's, v. Dungern's und Werner's Theorie, die chemischen Untersuchungen des Karzinoms, die Reiztheorien (Otto Schmidt, Spude, Fischer), die Bedeutung des Bindegewebes in der Ätiologie des Krebses (Ribbert), die experimentellen Untersuchungen an Menschen und Tieren, ferner allgemeine und lokale Prädisposition (Einwirkung der Ernährung, des Alters, der Heredität, Lues, Tuberkulose usw.). Kapitel I A lautet von der klinischen Ätiologie: Trauma, chronische, chemische, medikamentöse, physikalische Reize. Im Abschnitt II werden die präcancerösen lokalen Krankheiten abgehandelt, insbesondere Leukoplakie, Psoriasis, Ekzem (Pagetkrebs), chronische Geschwüre, Fisteln, Narben, Lupus, ferner pathologische Embryonalbildungen als präcanceröse Erkrankungen (Naevi, speziell Pigmentnaevi). Im Anschluß daran wird Zellfunktion und Pigmentbildung besprochen und in besonders ausführlicher Weise der Übergang gutartiger Geschwülste in bösartige. Der Abschnitt III handelt vom Verhältnis der Krebskrankheit zu anderen Erkrankungen: Schwangerschaft, Stoffwechselkrankheiten, Myxödem und Elephantiasis, Infektionskrankheiten, speziell parasitären Erkrankungen (Malaria, Einfluß des Klimas, der Rasse, Echinokokkus, Bilharzia usw.), zu Nervenkrankheiten (Paralyse), anderen selbständigen Geschwulsterkrankungen (Sarkom, Myom), endlich von paracancerösen Erkrankungen (Angiomen nach Leser, Akanthosis nigricans u. ähnl.). Abschnitt IV behandelt spezielle Krebsarten, wie den Hautkrebs, das Chorionepitheliom, Endo- und Peritheliom, das Sarkom, Abschnitt V allgemeine klinische Erscheinungen der Krebskrankheit, wie ihre Bösartigkeit, die Metastasen, speziell Systemerkrankungen durch Metastasen (Knochen, Zentralnervensystem, Gefäß- und Lymphdrüsensystem), die Carcinosis miliaris acuta, die Metastasen gutartiger Geschwülste, multiple primäre bösartige Geschwülste, die Rezidive, die Kachexie, die Fiebererscheinungen, den Stoffwechsel bei der Krebskrankheit, Intoxikationserscheinungen und endlich den allgemeinen Verlauf der Krebskrankheit. Abschnitt VI bespricht die allgemeine Diagnose des Krebses, Abschnitt VII bis XI den Primärkrebs der Verdauungsorgane, Atmungsorgane, des Urogenitalsystems, den primären Krebs einzelner Drüsen und drüsiger Organe (Schweiß- und Talg-, Lymphdrüsen, Glandula carotica, Schilddrüse, Hypophysis, Milz, Mamma) und den Primärkrebs des Auges und Ohres.

Die erstaunliche Belesenheit und der unglaubliche Fleiß, den die Arbeit verrät, wird nur noch übertroffen durch die Gründlichkeit und Exaktheit, die Verf. selbst bei den Literaturangaben betont. Und das mit Recht. Kann man ihm doch nur Beifall zollen, wenn er sich über die moderne Nachlässigkeit im Zitieren beschwert!

Während der erste Band des vorliegenden Werkes durch seine mehr zusammenhängende Darstellungsweise einem Lehrbuch ähnelt, allerdings einem wirklich allumfassenden, bringt es die Fülle des Stoffes im vorliegenden zweiten Teile leider mit sich, daß der Handbuchcharakter unzweideutig hervortritt. Es soll das bei Leibe kein Vorwurf sein. Über einen solchen ist das Werk weit erhaben. Man merkt an ihm eben die ungeheuere Arbeit, die der Karzinomfrage in letzter Zeit gewidmet wird. Ich kenne in der modernen medizinischen Literatur an referierenden bzw. kritisierenden Werken nichts Vollkommneres.

Goebel (Breslau).

---

5) K. Kawashima. Über einen Fall von multiplen Hautfibromen mit Nebennierengeschwulst. (Virchow's Archiv Bd. CCIII. p. 66.)

Bei der Sektion einer an puerperaler Sepsis verstorbenen 33jährigen Frau fanden sich hauptsächlich an der Haut des Oberkörpers zahlreiche hanf- bis taubeneigroße weiche Fibrome; daneben lag in der linken fast handtellergroßen Nebenniere eine aprikosengroße, graurötliche, mäßig weiche Geschwulst, die dem Mark angehörte. Die Hautgeschwülste waren aus einer Wucherung des Endometriums entstanden. Das Zusammentreffen von Hautfibromen und Nebennierengeschwulst wird nicht als reine Zufälligkeit aufgefaßt, vielmehr spricht Verf. die Ansicht aus, daß beide Prozesse in engem Zusammenhang stehen. Wenn man auch nicht direkt annehmen könne, daß die Neurofibromatose auf dem Boden der Erkrankung des Nebennierenmarks entstanden sei, so sei doch der Gedanke naheliegend, für beide Krankheitserscheinungen einen gemeinsamen Reiz anzunehmen, eine angeborene Anomalie oder Mißbildung im weiteren Sinne. Die Recklinghausen'sche Erkrankung ist als eine Systemerkrankung aufzufassen, die von jedem Punkte des Nervensystems sowie der chrombraunen Zellen des Nebennierenmarks und des Sympathicus ihren Ausgang nehmen kann.

Doering (Göttingen).

---

6) C. R. Mirotworzew. Zur Kenntnis der Dermoide der oberen Extremität. (Charkower med. Journal Bd. X. 1910. Russisch.)

Ein Atherom von 1650 g, 62 cm Umfang seiner Basis, 36 cm Länge über die Geschwulst. Die Riesengeschwulst, die fast die ganze Volarfläche des Armes einnahm, hatte 41 Jahre gebraucht, um ihre endliche Größe zu erreichen.

Die Kranke hat als 7jähriges Mädchen an der Volarseite des Vorderarmes ein Knötchen wie eine kleine Erbse bemerkt. In 13 Jahren hatte es die Größe eines Hühnereies erlangt; von da ab fing die Geschwulst an schneller zu wachsen. Erst in allerletzter Zeit wurde sie der Pat. unbequem, die schneller als früher ermüdete. Sie entschloß sich zur Exstirpation nur, weil sie wegen einer starken Blutung aus einer Hautvene über der Geschwulst schon im Krankenhause war.

M. rechnet dies Dermoid wegen seines Inhaltes zu den Atheromen.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

7) Hosemann. Experimentelle Erzeugung des Echinokokkus durch Keimpfropfung. (Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. LXXII. Hft. 1.)

Die aus der Rostocker Klinik hervorgegangene Arbeit berichtet über Tierversuche, die sich über $3^1/_2$ Jahre erstrecken. Verf. faßt seine Ergebnisse in folgende Leitsätze zusammen:

Die experimentelle Erzeugung von Echinokokken gelingt beim Kaninchen auf dreifachem Wege: durch Verpflanzung von Stücken der Hydatidenmembran, durch Verimpfung von Tochterblasen, durch Injektion von Hydatidensand. Jede dieser drei Arten der Keimpfropfung bringt Echinokokken hervor, die entwicklungs- und fortpflanzungsfähig sind. Nach Membranverpflanzung sehen wir in einem Falle sich einen taubeneigroßen Echinokokkus mit mehr als 30 Tochterblasen entwickeln; die Implantation von Tochterblasen gelang in allen Fällen; sie heilten im Netz ein, wuchsen, bildeten Brutkapseln und Skolices.

Die Verimpfung von Hydatidensand, mit der Spritze und zumeist intraperitoneal vorgenommen, war in etwa der Hälfte der Fälle (10 : 12) von positivem Erfolg. Es wurden Echinokokken bis zu Hühnereigröße erzeugt. Die über erbsengroßen enthielten in der Regel Brutkapseln und Skolices.

Alle Echinokokken der Bauchhöhle liegen subperitoneal. Es gilt dies auch für die eingeheilten Membranstücke. Die beobachteten freien Echinokokken sind so entstanden zu denken, daß sie, ehemals gestielt, sich losrissen. Der Vorgang der Stieldrehung wurde beobachtet. Das Wachstum ist verschieden rasch. Es finden sich weitgehende Unterschiede auch unter den Hydatiden desselben Versuches. Eine Reihe von ihnen geht spontan zugrunde. Die durch Hydatidensandverimpfung erzeugten Echinokokken entwickeln sich aus den einzelnen Skolices. Ihr Lieblingssitz sind Leber, Netz, Mesenterium; demnächst Milz, kleines Becken, Peritoneum. Nach intravenöser Injektion von Skolices entstehen Lungenechinokokken. Der multiple Echinokokkus der Bauchhöhle ist meist durch Keimzerstreuung entstanden (»sekundäre Echinokokkenkrankheit«). Jede Punktion eines Echinokokkus, der nicht operativ freigelegt ist, ist von vornherein zu verwerfen. Sie birgt die Gefahr der Keimpfropfung in sich. Diese ist auch bei jeder Operation des Echinokokkus sorgsam zu verhüten. Empfehlenswert erscheint die sogenannte Formolage, d. h. Abtötung der Keime vor Eröffnung der Echinokokkenblase. W. Fritz (Tübingen).

---

8) H. Schade (Kiel). Beiträge zur Konkrementbildung. (Münch. med. Wochenschrift 1911. Nr. 14.)

Die verbreitetste Art der Steinbildung ist diejenige vom Typus der Schichtenbildung, die an die Mitwirkung kolloider Niederschläge (Fibrin usw.) gebunden ist; erfolgt der Ansatz um ein frei suspendiertes Körperchen, so wird diese Schichtung konzentrisch kugelschalig. Fallen mit solchen Kolloiden gleichzeitig kristallinische Substanzen aus, so bleibt der Modus der schichtigen Ablagerung dominierend; nachträglich tritt mehr oder weniger deutlich eine radiäre Kristallstrahlung auf. Diese Gesetzmäßigkeiten sind allgemeiner Art und gelten auch für rein anorganische Gebilde. Die meisten Körperkonkremente gehören zu den Schichtsteinen; nur die Cholestearinsteine entstehen unter dem Vorgang der tropfigen Entmischung mit folgender Kristallisation. — Bei der Gesamtheit aller »Schichtsteine« sind die Kolloide und Kristalloide gleichwertigen Komponenten für den Aufbau. Kramer (Glogau).

---

9) L. Burkhardt (Nürnberg). Über intravenöse Narkose. (Münch. med. Wochenschrift 1911. Nr. 15.)

B. hat seine Narkosenmethode jetzt über 250mal angewandt, nie Blutschädigungen und ernstere Nierenreizungen nach intravenöser Narkose nur mit Äther beobachtet. Die Temperatur der infundierten Ätherlösung betrug nur 28°, ohne

daß dadurch eine nennenswerte Abkühlung der Patt. eintrat. Bei normalen Zirkulationsorganen wurde der Blutdruck auch bei Infusion von über 2000 ccm nur ganz unbedeutend und vorübergehend erhöht; war er pathologisch erniedrigt, so hob er sich wesentlich unter dem Einfluß der Infusionsnarkose. Vorsicht ist geboten bei schwerer Arteriosklerose mit abnormer Erhöhung des Blutdrucks, bei schweren Erkrankungen des Herzmuskels, bei allgemeiner Plethora, bei Stauungserscheinungen, schwerem Ikterus, Cholämie usw. Störende Blutungen während der Operation traten nicht ein. Die Narkose war meist tief und reflexlos. Gerinnselbildungen an der Infusionsstelle lassen sich bei richtiger Technik sicher vermeiden, wenn man den Infusionsstrom nie ganz unterbricht; auch von dem nach Beendigung der Narkose an der Unterbindungsstelle gebildeten Thrombus kamen niemals Schädigungen. Der Zusatz von Hirudin zur Ätherlösung hat sich nicht bewährt.

B. hat im Würzburger pharmakologischen Institute (Prof. Faust) auch noch die Wirkung anderer Narkotika bzw. Hypnotika nach intravenöser Injektion bei Tieren geprüft und gefunden, daß vor allen anderen das Isopral in 1—2%iger Lösung sehr schöne, tiefe Narkosen hervorruft, aus der die Tiere relativ bald wieder erwachten. Beim Menschen hat er daraufhin intravenöse Narkosen mit Hedonal (0,75%ige Lösung) und Isopral ausgeführt. Ersteres setzt stark den Blutdruck herab, hat eine sehr lange Nachwirkung und reizt auch die Nieren, in höherem Grade noch bei intravenöser Äther-Hedonalmischnarkose, während das Isopral sehr viel geringerer Flüssigkeitsmengen bis zum Eintritt der Toleranz erfordert, rascher wieder ausgeschieden wird, dadurch ein schnelles Erwachen aus der Narkose ermöglicht, andererseits aber manchmal nach größeren Dosen Erregungszustände nach dem Erwachen herbeiführt. Einwandfreie und vollkommene Resultate ergab die intravenöse Äther-Isopralnarkose, bei der aber die Infusion beider Lösungen getrennt vorgenommen wurde — zuerst die Isopral-lösung in rascher Tropfenfolge (40 ccm in der Minute), nach Eintritt der Toleranz langsam die Ätherlösung —; auch nachträgliche Erregungszustände blieben danach aus (Isoprallösung nie über 200 ccm!).

B. hält die intravenöse Narkose vor allem bei Kollapszuständen, Blutverlusten, Kachexie, Erschöpfung, bei Störungen der Respirationsorgane, bei Peritonitis, bei den Operationen am Kopf und Hals, bzw. in der Mund- und Rachenhöhle angezeigt.

Kramer (Glogau).

---

10) L. J. Albinski. Zur Frage von der intravenösen Hedonalnarkose bei Laparotomien. (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

Zehn Fälle aus der Klinik Grammatikati in Tomsk. Technik nach Ssidorenko. Die volle Narkose trat nach 400,0—800,0 einer 0,75%igen Lösung ein; Gesamtverbrauch 700—1400,0 bei Operationsdauer von 23—93 Minuten. In der Hälfte der Fälle wurde nach der Operation Zittern beobachtet bei niedriger Körpertemperatur, 35,2—36,1°.

A. sieht in dieser Narkose einen großen Schritt vorwärts, besonders bei erschöpften, schwachen, durch wiederholte Blutungen anämischen Pat.; ebenso bei Herz- und Nierenkranken und bei Katarrh der Respirationsorgane.

Gückel (Kirssanow).

---

11) **J. O. Krishewski. Über Hedonal-Chloroformnarkose.** (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

339 Fälle. Eine Stunde vor der Operation 2,5—3,0 Hedonal per os, in der letzten Zeit per rectum. Chloroformverbrauch 24,0—29,0 pro Stunde. Erbrechen 5mal während, 19mal nach der Operation. Besonders deutlich sind die Vorzüge dieser Narkose bei Hysterischen, bei Herzverfettung, Arteriosklerose und Herzfehlern. Die Patt. kommen schlafend oder schläfrig ins Operationszimmer, haben kein Asphyxiegefühl im Beginn des Chloroformierens, keine Exzitation, keine Pulsbeschleunigung und Pulsschwankungen. Gückel (Kirssanow).

---

12) **W. D. Brant. Über Skopolamin-Morphin-Äthernarkose.** (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

117 gynäkologische Operationen, darunter mehrere Laparotomien. Schlußsätze: Die vorläufige Injektion von Skopolamin-Morphin ($1^1/_2$—2 Stunden vor der Operation 0,0003 Skopolamin und 0,01 Morphin an verschiedenen Stellen, $^1/_2$ Stunde vor der Operation noch 0,0003 Skopolamin) ruft ruhigen, tiefen Schlaf hervor und vermindert den Ätherverbrauch besonders bei Anwendung der Wanschermaske. Nach der Operation schlafen Patt. lange und klagen wenig über Schmerzen; Durst und Trockenheit im Munde sind selten; postoperative Komplikationen kommen nicht so oft vor: Bronchitis in 4,2%, Pneumonie in weniger als 1%. Das Skopolamin muß immer in frischer Lösung injiziert, in dunklen Ampullen gehalten und vor der Injektion mittels der Reaktion mit 1%iger Kaliumpermanganatlösung geprüft werden. Gückel (Kirssanow).

---

13) **Elsberg. Anaesthesia by the intratracheal insufflation of air and ether.** (Annals of surgery 1911. Februar.)

Verf. hat von den Instrumentenmachern Tiemann & Co. in Neuyork einen Apparat konstruieren lassen, um nach der Methode von Meltzer und Auer die Narkose durch intratracheale Insufflation von Luft und Äther zu erzielen. Der in einen Holzkasten verschließbare Apparat ist im allgemeinen folgendermaßen eingerichtet. Es wird vermittels eines elektrischen Apparates Luft in ein mit heißem Wasser gefülltes großes Glas getrieben. Nachdem sie durch dieses heiße Wasser erwärmt und filtriert ist, steigt sie in eine Röhre, die durch kleine seitliche Röhren mit dem Äther enthaltenden Apparat in Verbindung steht. Durch eine Reguliervorrichtung ist die Mischung von Luft und Äther möglich; es kann auch reine Luft und durch Verbindung mit einem Sauerstoffapparat reiner Sauerstoff hindurchgetrieben werden. Nachdem unter Verwendung des Jacksonschen Laryngoskops die Glottisspalte sichtbar gemacht ist, wird durch diese ein seidengewebter Katheter in die Luftröhre geschoben und dann mit dem Apparat in Verbindung gesetzt. Der Katheter muß für Kinder dünner sein als für Erwachsene, seine Länge beträgt 30 cm; er trägt eine Marke 12, eine zweite 26 cm von der Spitze. Wird er zu tief eingeführt, so daß er die Bifurkation berührt, tritt Hustenreiz ein. Die mit dem Apparat eingeleiteten Narkosen verliefen sehr gut, die Pat. schliefen sehr ruhig, Erbrechen oder Exzitation oder nachträgliche Lungenkomplikationen traten nicht ein, das Erwachen aus der Narkose erfolgte sehr schnell. Herhold (Brandenburg).

---

14) Raysky. Beitrag zur Kasuistik der lokalen und allgemeinen Veränderungen beim Tode durch Verbrennung. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 208.)

Ausführliche Beschreibung der Sektionsbefunde, die bei drei an den Folgen ausgedehnter Verbrennung Verstorbenen im pathologischen Institut der Charité erhoben wurden. Besonders hervorzuheben ist, daß sich in einem Falle, bei dem eine das Gesicht treffende Stichflamme die Verletzung herbeiführte, ausgedehnte Verbrennungen und Nekrosen auf der Epithelschicht des ganzen Respirationstraktus bis zur Verästelung der Bronchien vorfanden. Auffallend stark geschädigt erwiesen sich die Stimmlippen, deren rechte neben einer Nekrose deutliche Blasenbildung erkennen ließ. Doering (Göttingen).

---

15) A. Besson. Les brûlures par l'électricité industrielle. (Arch. génér. de chir. V. 3. 1911.)

Auf Grund von zehn Beobachtungen — darunter zwei eigenen — gibt Verf. eine eingehende Schilderung der Verbrennung durch hochgespannte elektrische Ströme.

Für die Art der Verbrennung kommt die Leitungsfähigkeit der Haut und die Zeitdauer des Kontaktes der Haut mit dem Strom in Betracht. Bei feuchter Haut ist der Widerstand gering, so daß der Strom ohne stärkere Veränderungen der Haut ins Körperinnere gelangt und zu schweren organischen Störungen führt. Bei trockener Haut kommt es zur intensiven Verkohlung der Haut und geringen Alterationen der inneren Organe. Für die Hautverbrennungen durch den elektrischen Strom ist absolute Schmerzlosigkeit, Fehlen von entzündlicher Reaktion und nachfolgender Eiterung, kraterförmiges Aussehen und große Neigung zu rascher Heilung von charakteristischer Bedeutung.

Von besonderem Interesse sind die von Prevost und Batelli festgestellten Tatsachen, wonach Wechselströme von niedriger Spannung (bis zu 200 Volt) zu fibrillären Zuckungen der Herzventrikel und dadurch zum Tode führen. Hochgespannte Wechselströme (1800—4800 Volt) führen zum Atmungsstillstand, der durch künstliche Respiration behoben werden kann. Konstanter Strom von mittlerer Spannung (350—500 Volt) führt gleichzeitig zu Herz- und Atmungsstillstand. Die hochgespannten Ströme sind auch insofern weniger lebensbedrohend, als sie an der Berührungsstelle der Haut eine Verkohlung bedingen, die durch die hierbei entstehenden Gase isolierend wirkt, so daß der Strom nur kurze Zeit einwirken kann. Künstliche Atmung wirkt für Personen, die von hochgespannten Strömen verbrannt wurden, oft lebensrettend; daneben kommt der Aderlaß, Einläufe von eiskaltem Wasser in den Mastdarm, Lumbalpunktion und Kopfhochlagerung in Betracht. M. Strauss (Nürnberg).

---

16) Girling Ball. Acute infections, due to the streptococcus, especially with reference to methods of treatment. (St. Bartholomews Hospital report 1911.)

B. bespricht verschiedene Streptokokkeninfektionen (puerperale, Otitis media, Sinusthrombose, Sepsis, Pyämie, Erysipel usw.), im ganzen 26 Fälle, und deren Behandlung, kombiniert chirurgisch mit vom Pat. stammender autogener Vaccine. Diese Vaccine ist eine wertvolle Unterstützung chirurgischer Methoden, manchmal noch von Wert, wo letztere versagen. Sie muß sofort einsetzen, alle Fälle sind sofort bakteriologisch zu prüfen; diese Vaccine ist dem Antistreptokokkenserum

überlegen, möglichst sind beide Agentien zu kombinieren. Die Vaccine muß möglichst autogen sein; wo dies nicht möglich, muß sie von fremden Kulturen herrühren, die möglichst von ähnlichen Fällen stammen. Je akuter und schwerer die Infektion, um so kleiner muß die Dosis sein, und vice versa: dafür ist häufige Wiederholung nötig. Die eigentlichen chirurgischen Methoden sollen in ihrem Wert nicht durch die Vaccinebehandlung geschmälert werden. Krankengeschichten. H. Gaupp (Bromberg).

---

17) Bruce Clarke and Donaldsen. The treatment of carbuncles by vaccines and horse serum. (St. Bartholomews hosp. rep. 1911.)

C. und D. empfehlen an der Hand von fünf Fällen zur Behandlung von Karbunkeln die Kombination der chirurgischen Methoden mit autogener Streptokokken- bzw. Staphylokokken-Vaccinebehandlung und mit lokaler Behandlung durch Verbände mit einfachem Pferdeserum. Die Vaccine wird im Hospital vom septischen Material des Pat. selbst hergestellt. H. Gaupp (Bromberg).

---

18) Sörensen (Kopenhagen). Zur Wertschätzung der Pyocyanasebehandlung bei der Persistenz der Diphtheriebazillen. (Münchener med. Wochenschrift 1911. 12.)

Die Pyocyanasebehandlung ergab keine nennenswerten Resultate; besser waren diese bei der lokalen Anwendung von 2%iger Lapis- oder von Löffler'scher Menthol-Toluol-Eisenlösung — 7—9 Tage nach Aufhören des Fiebers und nach Reinigung des Schlundes. Auch die Behandlung mit konzentrierter Jodjodkaliumlösung hatte in der Mehrzahl der Fälle keinen Einfluß auf die Bazillenpersistenz.

Kramer (Glogau).

---

19) Rebierre. Therapeutique hydro-minerale locale au moyen de l'jonothérapie électrique. (Arch. de méd. et de pharm. milit. 1911. April.)

Wenn man ein Glied, z. B. ein Knie, in eine Lösung von z. B. Natron salicyl. taucht und nun die positive Elektrode eines elektrischen Stroms in die Flüssigkeit, die negative auf irgendeine Stelle des Körpers legt, so werden die in der Lösung befindlichen Ionen mobilisiert und sie durchdringen mit dem Natr. salicyl. den betreffenden Körperteil. Auf dieselbe Weise kann man Jod oder Quecksilber in einen Körperteil hineinbringen und seine Heilwirkung entfalten lassen. R. hat nun durch Versuche nachgewiesen, daß es auf diese Weise auch gelingt, die in einem natürlichen Mineralwasser befindlichen heilkräftigen Salze in das betreffende Glied einzubringen. Er machte diese Versuche mit der Thermalquelle »Tambour« seiner Garnison und fand, daß Rheumatismen, chronische Gelenkentzündungen auf diese Weise schneller heilten als durch den einfachen Gebrauch der Bäder.

Herhold (Brandenburg).

---

20) A. v. Wassermann und R. Ledermann. Über einen Versuch, die lokale Immunität für die Praxis brauchbar zu machen. (Med. Klinik 1911. p. 479.)

Unmittelbar auf das Gewebe einwirkendes Antigen vermag nach experimentellen Ergebnissen zweifellos örtliche Immunität hervorzurufen. v. W. schüttelte lebende Staphylokokken längere Zeit in Wasser, zentrifugierte und setzte

behufs Erhöhung der Haltbarkeit zu diesen Staphylokokkenauszügen als Schutzkolloid und Hautdeckmittel dünne Gelatinelösung sowie $^1/_2$%iges Karbol. Dieses keimfreie Histopin kann unmittelbar oder in einer Salbe oder dergl. auf die Haut aufgebracht werden. Es hat keinerlei Nebenwirkungen und wird wochenlang gut vertragen. Nach einiger Zeit wird dadurch auch eine gewisse allgemeine Immunität hervorgerufen; denn der opsonische Index gegen Staphylokokken steigt an.

Nach L. bewährte sich diese 25—50%ige Salbe bei oberflächlichen örtlichen Staphylokokkenerkrankungen der Haut, zur Verhütung örtlicher Rückfälle, bei Impetigo contagiosa, zur schnelleren Heilung tieferer Furunkel nach Entleerung des Eiters, wobei künstliche Hyperämie nach Bier wertvoll mithilft.

Georg Schmidt (Berlin).

---

21) Ehrenfried. Picric acid and its surgical applications. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 6. 1911.)

Gesättigte wäßrige Pikrinsäurelösung wird zur Behandlung von Verbrennungen ersten und zweiten Grades empfohlen sowie zur Behandlung von Hautwunden, die das Rete Malpighi unverletzt gelassen haben.

W. v. Brunn (Rostock).

---

22) Turk. The treatment of X-ray ulcer. (Annals of surgery 1911. Januar.)

Verf. brachte ein durch Röntgenstrahlen verursachtes, in der rechten Unterbauchgegend sitzendes Geschwür auf folgende Weise zur Heilung. Er entfernte alles schwielige, bis tief in die Muskulatur des Obliquus internus und externus dringende Gewebe mit Schere und Messer, bis eine völlig reine Wundfläche vorlag. 8 Tage später wurden die Granulationen 4 Stunden mit einer in 1%ige Formalinlösung getauchten Kompresse bedeckt, dann die Granulationen abgekratzt und nach Aufhören der Blutung mit Thiersch'schen Läppchen bedeckt. Über die Läppchen legte T. das von Davis empfohlene Maschennetz (ref. im Zentralblatt für Chirurgie 1909, Nr. 27), das er aber statt in der empfohlenen Guttaperchalösung (30 Guttapercha in 150 Teilen Chloroform) in einer 5%igen Celluidinlösung tränkte. Der Vorteil dieses Netzes, über welches der Verband kommt, ist, daß beim Verbandwechsel die transplantierten Hautstückchen nicht an den Verbandstücken kleben bleiben. Der betreffende Pat. wurde geheilt.

Herhold (Brandenburg).

---

23) Karl Rose. Über Tuberkulose des Penis. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Bd. LXXII. Hft. 1.)

Die Arbeit stammt aus der Madelung'schen Klinik in Straßburg, aus der auch eine im Jahre 1897 erschienene Dissertation von Julius Frank über das gleiche Thema hervorgegangen ist. Letztere wird von dem Verf. zum großen Teil noch einmal wiedergegeben. Mit Frank unterscheidet auch Verf. zwei Gruppen, je nachdem außer dem Penis noch andere Teile des Harn- und Geschlechtsapparates erkrankt sind.

Die isolierte Erkrankung des Penis ist erheblich seltener. Nur bei Kindern infolge von ritueller Beschneidung (durch tuberkulöse Rabbiner) ist eine gewisse Anzahl Fälle beschrieben. Tuberkulose des Penis bei Erwachsenen war bisher

nur in 7 Fällen mitgeteilt, wozu jetzt ein vom Verf. beschriebener 8. Fall aus der Straßburger Klinik kommt: Hier hatte sich bei einem 52jährigen sonst gesunden Manne im Laufe von 6 Jahren eine Tuberkulose der ganzen Glans penis entwickelt; Heilung durch Amputatio penis. Ob die Infektion auf dem Blutwege oder durch Koitus erfolgte, war nicht zu entscheiden.

Etwas häufiger sind die Fälle, in denen außer dem Penis noch andere Teile des Urogenitalsystems erkrankt sind. Außer den von J. Frank gesammelten 10 Fällen berichtet Verf. über 3 weitere, aus der neueren Literatur stammende.

In einer kurzen Besprechung der Ätiologie, pathologischen Anatomie, Differentialdiagnose und Therapie stimmt Verf. im wesentlichen mit den Anschauungen von Frank überein. H. Kolaczek (Tübingen).

---

24) H. Schade. Über die steinbildenden Prozesse des Harns und über die Wege ihrer Beeinflussung. (Med. Klinik 1911. p. 564.)

Gegenüber den Kristallbildungen außerhalb des Körpers zeigen die Salzabscheidungen in den menschlichen Harnwegen Formabweichungen, die auf dem Kolloidgehalte des Harns beruhen. Schon äußerst geringer Kolloidgehalt kann die Ausfällung der Kristalloide abändern. Der Harnstein ist eine mehrschichtige Mischfällung von Kolloiden und Kristalloiden, die sich, anstatt wandständig an das Gefäß, rundherum um ein freischwebendes Körperchen ansetzt.

Man kann versuchen, die kristalloiden Anteile des Steines, die Salze, die ausgeschiedenen Säuren, unmittelbar oder mit besserer Aussicht auf Erfolg mittelbar zu lösen durch chemische Umwandlung in leicht lösliche Salze unter dem Einflusse von Säuren. Die kolloidalen Bestandteile unmittelbar zu lösen, mißlingt. Dagegen kann man im Experiment mit Hilfe von Antiformin auf mittelbarem Wege aus einem Harnstein in wenigen Stunden den gesamten kolloiden Grundstoff herauslösen.

Bei der Behandlung des an Harnsteinen leidenden Menschen sind mit eiweißlösenden Fermenten, mit der Wiederlösung des Fibrins der Harnsteine bisher nur geringe Erfolge erzielt worden. Mehr verspricht auf kolloidchemischem Gebiete der Versuch, das Entstehen und Weiterwachsen der Steine zu verhüten, z. B. durch Herabsetzung des Gerinnungsvermögens des Harnfibrins, durch Löslicherhalten der Harnkolloide, wodurch auch kristalloiden Ausfällungen vorgebeugt wird. Georg Schmidt (Berlin).

---

25) P. Heubach. Über Cystopurin. (Med. Klinik 1911. p. 576.)

Wülfing's Cystopurin (4—6mal täglich 0,5 g) wendet H. seit 2 Jahren ohne schädigende Nebenwirkungen, insbesondere auf Magen und Darm, bei Blasenkatarrhen — infolge von Fremdkörpern in der Blase, von Tripper, von Erkrankungen der Vorsteherdrüse —, bei Nierenbecken- und Nierenerkrankungen mit bestem Erfolg an. Georg Schmidt (Berlin).

---

26) Rouquette. Procédé de fixation du pansement après l' operation du phimosis. (Arch. de méd. et de pharm milit. 1911. März.)

Nachdem R. bei der Phimosenoperation die Haut gespalten und den Überschuß fortgeschnitten hat, legt er hinter die Eichel eine schmale Gazekompresse, die mit Jodoformgaze umhüllt ist. Dann vereinigt er äußeres und inneres Blatt durch feine Catgutnähte, welche unter und über der schmalen Kompresse fortgehen und auf ihr geknüpft werden. Die Wundränder werden auf diese Weise

aneinander gedrückt und sie sind zugleich mit einem komprimierenden Verbande versehen, welcher nach 8 Tagen ohne Mühe abgezogen wird.

Herhold (Brandenburg).

---

27) **J. S. Springenfeld. Zur Kasuistik gewaltsamer Einführung von Fremdkörpern in die Harnröhre.** (Wratschenaja Gaz. 1911. Nr. 8.)

Einem 38 jährigen Manne wurde von zwei Nebenbuhlern ein 12 cm langer Bleistift in die Harnröhre geschoben. 2 cm von der Mündung durchstach die Spitze die Wand der Harnröhre und geriet ins Corpus cavernosum urethrae. Eine in die Harnröhre eingeführte Kornzange traf den Fremdkörper nicht. Die Eichel wurde bis zum Bleistift gespalten, letzterer entfernt und die Eichelhaut mit der Schleimhaut der Harnröhre vernäht. Verweilkatheter. Es entwickelte sich Harninfiltration beinahe bis zum Nabel; ausgedehnte Spaltung der Haut am Bauche, am Hodensack und am Glied; in der Harnröhrenwand fand sich ein 5 cm langer gangränöser Defekt. Darauf langsame Heilung.

Gückel (Kirssanow).

---

28) **Mark. A case of air embolus occuring during operation under air-inflation urethroscopy.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 6. 1911.)

M. berichtet zunächst über drei Fälle von Luftinfiltration des Zellgewebes am Damm, infolge von einfacher Inspektion der Harnröhre im Urethroskop; einmal konnte er dabei deutlich hören, wie durch die Öffnung eines kurz zuvor gebohrten falschen Weges die Luft einströmte. Üble Folgen blieben in diesen Fällen aus.

In einem anderen Falle aber kam es bei der Inzision einer Striktur im Urethroskop zu einer schweren Luftembolie; über dem Herzen hörte man Sausen und Rauschen, Puls und Herztöne blieben ganz weg, Pat. sah aus wie ein Sterbender; erst nach längere Zeit fortgesetzter künstlicher Atmung und subkutanen Gaben erregender Mittel kehrten Herztätigkeit und Atmung zurück.

W. v. Brunn (Rostock).

---

29) **Brennemann. Purulent infections of the urinary tract in infancy.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 9. 1911.)

Wenn ein Kind fieberhaft krank ist und die Ursache nicht alsbald offenkundig wird, soll man nicht versäumen, den Urin zu untersuchen. Das ist oft leichter gesagt als getan; denn den Urin kleiner Kinder rein zu erhalten, ist oft sehr schwierig, besonders wenn es sich um Mädchen handelt — und diese Infektionen finden sich fast nur beim weiblichen Geschlecht. B. gibt einige praktische Winke, um Urin auch hier sauber zu erhalten, im Notfall bleibt nur der Katheter. In 97% der Fälle handelt es sich um Coliinfektion.

Diese Fälle von Pyelocystitis behandelt B. mit Bettruhe, peinlicher Überwachung der Diät und Gaben alkalischer Wässer in möglichst großer Menge, ferner mit Urotropin oder Salol.

In der Regel verlaufen die Fälle trotz größter Sorgfalt langwierig, kommen aber schließlich zu klinischer Heilung.

W. v. Brunn (Rostock).

---

30) Ware. Non-prostatic urinary retention of the senile bladder. (Annals of surgery 1911. Januar.)

Nach W. gibt es bei alten Leuten eine Urinverhaltung bzw. mangelhafte Entleerungsmöglichkeit der Blase, ohne daß eine Vergrößerung der Vorsteherdrüse oder eine Rückenmarkskrankheit oder endlich eine Striktur besteht. Die Blase geht im Alter ähnlichen Altersveränderungen entgegen, wie z. B. Herz und Nieren, es handelt sich um eine Insuffizienz der Blasenmuskulatur infolge Atrophie oder fettiger Degeneration. Diese letztere tritt als Folge von Arteriosklerose oder auch nach Infektionen ein. Zuweilen wurden derartige Fälle erfolglos durch Herausnahme der Prostata operiert. Die richtige Behandlung ist das Einlegen eines Dauerkatheters und Blasenspülungen. Herhold (Brandenburg).

---

31) C. L. Scudder (Boston). The transperitoneal and suprapubic approach to tumor of the bladder. (Boston med. and surg. journ. 1911. Februar 16.)

S. wendet sich gegen die intravesikale Methode der Exstirpation von Blasengeschwülsten, da es ohne eine genaue Untersuchung der ganzen Geschwulst mit Einschluß des Bodens unmöglich ist, zu entscheiden, ob die Geschwulst bösartig ist oder nicht. Aber auch die extraperitoneale, suprapubische Methode genügt oft nicht, da die meisten Blasengeschwülste an der Basis der Blase und in der Gegend der Harnleitermündungen aufsitzen, und die Ablösung des Bauchfells um so schwieriger ist, je weiter man nach hinten kommt. Als die sicherste Methode erscheint danach der transperitoneale Zugang. Weitere Vorteile dieser Methode sind gegeben durch die Möglichkeit einer genauen Inspektion der Leber, des Bauchfells, der retroperitonealen Drüsen usw. Die Gefahr für das Bauchfell von seiten des Urins ist verschwindend gering, um so mehr als eine ausgedehnte Benetzung vermieden werden kann. Aber selbst in Fällen von schwererer Cystitis kann eine intraperitoneale Cystotomie ohne Gefahr für das Bauchfell unternommen werden. Die Trendelenburg'sche Beckenhochlagerung erleichtert die Operation wesentlich und hat außerdem den Vorteil, daß sie zeitweise den Zufluß des Urins von den Nieren vermindert. Zum Schluß folgen Angaben über die Wundversorgung. H. Bucholz (Boston).

---

32) R. Cristofoletti. Beitrag zur Klinik der überzähligen abnorm mündenden Ureteren. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 43.)

Ein Fall von »Enuresis«, der schon von einer chirurgischen Ambulanz, dann von einer internen Klinik lange vergeblich behandelt worden war, klärte sich in der Schauta'schen Klinik dahin auf, daß neben der Harnröhrenmündung noch ein überzähliger linker Harnleiter mündete. Der Versuch, ihn vaginal freizumachen und zu implantieren, mußte wegen inniger Verwachsungen und einer oben bestehenden Stenose aufgegeben werden. Durch Laparotomie wurde dann der sehr stark erweiterte Harnleiter freigelegt, unten durchtrennt und nach Samson in die Blase eingepflanzt. Glatte Heilung.

Verf. bespricht dann die Entwicklungsgeschichte der Harnleiter und die sich daraus ergebenden Möglichkeiten ihrer Mißbildungen. Renner (Breslau).

---

33) G. K. Piwowarow. Ein Fall von 17tägiger voller Anurie infolge Harnleiterverstopfung. (Russki Wratsch 1911. Nr. 7.)

Der 60jährige Pat. leidet seit 15 Jahren an den Nieren. Es wurden Nierensteine diagnostiziert; auf eine Operation ging Pat. nicht ein. Die vor dem Tode aufgetretene Anurie dauerte 17 Tage. Kryoskopie des Blutplasma 0,94; Harnstoffgehalt im Blute 0,6%; Stickstoffgehalt (nach Kjeldahl) 4,76%. Dessen ungeachtet bildete sich das Bild des urämischen Koma erst an den letzten 2 Tagen aus. Die Sektion zeigte Steine in beiden Nierenbecken, welche die Harnleiter verlegten. Gückel (Kirssanow).

---

34) H. Lohnstein. Beitrag zur Technik des Ureterkatheterismus. (Med. Klinik 1911. p. 655.)

L. gibt eine besondere Gebrauchsanweisung, mittels deren man im Blasenspiegelbilde zunächst die Gegend aufsucht, in welcher sich die Harnleiteröffnungen sicher finden müssen. Diese Gegend ist der rechte oder linke Basiswinkel des Lieutaud'schen Dreiecks; dann bringt man das Instrument in eine solche, besonders beschriebene Stellung zur Harnleiteröffnung, daß in sie der vorgeschobene Harnleiterkatheter leicht hineingleiten kann. Georg Schmidt (Berlin).

---

35) D. D. Popow. Über Verpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm. (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

30jährige Frau mit Blasen- und Mastdarmscheidenfistel und totaler Zerstörung des Blasensphinkters. Harn infiziert. P. führte die Transplantation der Harnleiter in den Mastdarm nach etwas modifiziertem Tichow'schen Verfahren aus: Die Harnleiter wurden subperitoneal und nicht in die Vorderwand, sondern seitlich in den Mastdarm eingepflanzt. So erhielten sie einen geraden Verlauf, während derselbe bei der Methode Tichow's etwas gebogen wird (5 gute Bilder zeigen die Technik Popow's). Nachverlauf gut. Später wurde auch die Mastdarm-Scheidenfistel geschlossen. Gückel (Kirssanow).

---

36) Coffey. Physiologic implantation of the severed ureter or common bile-duct into the intestine. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 6. 1911.)

Wenn man gezwungen ist, den Ductus choledochus oder den Harnleiter in den Darm einzupflanzen, dann empfiehlt C. auf Grund seiner Experimente am Hund, in der Weise vorzugehen, daß man den einzupflanzenden Gang schräg schneidet und an seiner Spitze mit zwei Haltenähten versieht. Am Darm durchtrennt man nun Serosa und Muscularis, löst die Schleimhaut eine größere Strecke weit von der Muscularis ab, zieht hier erst, weit ab von der Serosaöffnung, den Gang durch und befestigt ihn dadurch, daß man die Nadeln der Haltenähte von innen nach außen durch die ganze Darmwand durchsticht und die zwei Fäden miteinander verknotet. Dann Naht des Darmes unter Anlegung noch einiger besonderer Nähte zwischen Darm- und Gangwand. Mithin eine modifizierte Schrägkanalbildung.

Während sonst fast alle Hunde, bei denen man eine Einpflanzung des Harnleiters in gewöhnlicher Weise in den Darm ausgeführt hat, an aufsteigender Infektion der Harnwege oder an Peritonitis zugrunde zu gehen pflegen und dem Verf. bei seinen Experimenten auch eingegangen sind, hat er von den 9, die er nach seinem neuen Verfahren operierte, 5 am Leben erhalten 169, 81, 80, 75 und 72 Tage

lang, bis er sie mit Chloroform tötete. Von den übrigen 4 riß sich einer die Bauchnaht auf und ging an Peritonitis ein, zwei andere an Peritonitis wegen aseptischer Fehler bei der Operation; bei dem letzten Hund hatte Verf. die Haltenähte anzulegen vergessen, der Harnleiter glitt aus dem Darm heraus, es kam zur Abszeßbildung, schließlich aber zu fistulöser Verbindung mit der Darmlichtung.

Beim Menschen, der offenbar bei weitem nicht so sehr zu aszendierender Infektion der Harnwege nach dieser Operation neigt wie der Hund, dürften die operativen Resultate noch bessere sein; ebenso dürfte sich hier die Anwendung des Verfahrens auf den Ductus choledochus empfehlen.

W. v. Brunn (Rostock).

---

37) **H. Cabot (Boston). Remarks on the technic of operations for stone in the ureter.** (Boston med. and surg. journ. 1910. November 24.)

Die moderne Untersuchungstechnik gestattet uns, die Lage von Steinen im Harnleiter mit annähernder Sicherheit zu bestimmen. In der großen Mehrzahl von Fällen liegt der Stein an einer der drei physiologischen Verengerungen, dicht unterhalb des Nierenbeckens, an der Stelle der Kreuzung des Harnleiters und der großen Gefäße im untersten Abschnitt. C. beschreibt den besten Zugang für diese drei Stellen. Darauf wendet er sich gegen die von Albarran und anderen empfohlene Methode, den Harnleiter über dem Stein selbst einzuschneiden, da die Wand an dieser Stelle gewöhnlich entzündet, häufig sogar ulzeriert ist. C. empfiehlt, den Einschnitt einige Zentimeter oberhalb der Einklemmungsstelle zu machen, da der Harnleiter oberhalb meistenteils erweitert und eine Striktur infolge der Naht kaum zu befürchten ist. Es ist gewöhnlich leicht, den Stein durch diese Öffnung zu extrahieren, ohne den Harnleiter nennenswert zu verletzen. Fernerhin wendet sich Verf. gegen die ebenfalls von Albarran empfohlene Methode, nach der Extraktion ein Bougie in den Harnleiter einzulegen, weil Gefahr besteht, daß dadurch Infektionen begünstigt werden und die Naht undicht wird. Selbst in Fällen von Strikturbildung unterhalb des Steines ist die Einlegung eines Katheters in den Ureter nach C.'s Erfahrung nicht empfehlenswert. Auch die vielfach geübte Methode der Einlegung eines Drains in die Bauchwunde hält C. nicht für unbedingt empfehlenswert, da es sehr wohl denkbar ist, daß dadurch Undichtigkeit der Naht begünstigt wird. In drei kürzlich operierten Fällen, deren Krankengeschichten ausführlich gegeben werden, wurde Heilung erzielt ohne irgendwelche Drainage. H. Bucholz (Boston).

---

38) **D. P. Kusnetzki. Die Steine der Niere und des Harnleiters.** 424 u. 48 S. St. Petersburg 1911. (Russisch.)

Nach W. E. Proskurin — Die Steine der Niere und der Harnleiter und ihre chirurgische Behandlung. Diss., Moskau 1910 — sind in Rußland 168 Operationen ausgeführt worden, davon 13 von Prof. S. P. Fedorow. Auf Veranlassung des letzteren hat nun K. dessen reiches Material verarbeitet und an der Hand der neueren Literatur besprochen. Dabei wurde die Ätiologie und Pathogenese beiseite gelassen, desto genauer aber die pathologische Anatomie, die Symptome, die Diagnose und die chirurgische Behandlung geschildert. Im ganzen werden 87 ausführliche Krankengeschichten gebracht, 5 von anderen Chirurgen Überlassene, 10 nicht Operierte, 2 im Ausland Behandelte, 70 von Prof. Fedorow Operierte. Von letzteren sind 14 gestorben: 4 an Sepsis, 6 an Urämie, je einer an Alters-

schwäche, an Thrombose der Lungenarterie, an Nachblutung und an beiderseitiger Pleuropneumonie. Steine in beiden Nieren hatten 15 (6 †), in einer Niere 44 (6 †), Anurie erforderte 3mal Operationen (2 †), einmal Harnleiterkatheterisation. Einseitige Harnleitersteine wurden 7mal operiert und alle geheilt. — Prof. Fedorow macht die Pyelolithotomie womöglich in situ: unter 14 Pyelotomien wurde 11mal die Niere an Ort und Stelle gelassen (2 †). In einem Falle wurde durch die Pyelotomie ein 192 g schwerer Stein entfernt. Genügt der Schnitt im Nierenbecken nicht, so wird die Nephrotomie angefügt (3 Fälle). Die Nephrolithotomie wurde 14mal gemacht, die primäre Nephrektomie 24mal, die sekundäre 10mal. Endlich mehrere Ureterolithotomien, Ureterektomien, Ureteroplastiken u. a. Viele Krankengeschichten sind illustriert durch Röntgenschemata, Abbildungen der Steine und der anatomischen Präparate. Interessant sind mehrere große Steine: einer — von Sselichow — wog 196,2 g; ein Harnleiterstein von 19 cm Länge war 52 g schwer, ein zweiter, 16,5 cm lang und 68 g schwer. Im kurzen Referat können natürlich nicht alle die interessanten Einzelheiten und Komplikationen erwähnt werden, z. B. 2 Fälle anomaler Gefäße an der Hinterfläche des Nierenbeckens usw. Die Krankengeschichten sind sehr ausführlich gebracht. — Den Schluß bildet ein Literaturverzeichnis von 1088 Nummern.

Je früher die Diagnose gestellt werden wird (Röntgen!), desto leichter werden wir erkennen, ob der Stein spontan abgehen kann oder ob er eine Operation erfordert. Die Normaloperation der Zukunft wird die Pyelolithotomie, nötigenfalls mit beigefügter Nephrotomie (S. P. Fedorow) sein; die Nephrolithotomie wird auf Ausnahmefälle beschränkt werden müssen. Gückel (Kirssanow).

---

39) Willard. A case of nephrolithiasis. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 7. 1911.)

Stein im linken Harnleiter einer 41 Jahre alten Frau, Anurie auch der rechten Niere. Vergeblicher Versuch, durch Öl- oder Glyzerininjektion in den linken Harnleiter den Stein zu lockern; das gelang schließlich durch Injektion von Borsäurelösung unter hohem Druck, wodurch der Stein ins Nierenbecken getrieben wurde. Dasselbe wiederholte sich in ganz gleicher Weise 6 Monate später; jetzt wurde aber nach der Prozedur ein 8 : 5 mm großer Harnleiterstein auf natürlichem Wege entleert. W. v. Brunn (Rostock).

---

40) Hörder (Görlitz). Reflektorische Anurie durch plötzliche Abkühlung. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 10.)

Ein 24jähriger, gesunder, kräftiger Mann fiel im Rausche unfreiwillig rücklings ins Wasser. Er konnte sich zwar aus demselben wieder herausarbeiten, blieb aber etwa 8 Stunden lang am Ufer des Flusses bewußtlos liegen. Infolge der langandauernden Abkühlung zog sich der Verunglückte eine 88stündige Anurie zu, für die bei der Sektion keine rechten Anhaltspunkte gefunden werden konnten. Verf. nimmt als Ursache der Anurie einen vom zentralen Nervensystem ausgehenden Reiz, und zwar eine shockartige Erregung des Vasomotorenzentrums an, die durch den Sturz ins Wasser und die langandauernde Abkühlung ausgelöst und unterhalten wurde und bei der vielleicht der vorangegangene Alkoholgenuß eine gewisse Rolle mitspielte. Deutschländer (Hamburg).

---

41) F. Voelcker. Über die Indikationsstellung zu operativem Eingreifen bei subkutanen Nierenverletzungen. (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. LXXII. Hft. 3.)

Verf. beleuchtet die bekannten Schwierigkeiten der Indikationsstellung gerade bei diesen Verletzungen. Aus den vier Hauptsymptomen einer Nierenverletzung (der Hämaturie, den spontanen Schmerzen in der Nierengegend, einer Anschwellung daselbst und den Zeichen innerer Blutung) ist eine zuverlässige Anzeige für konservative oder operative Behandlung jedenfalls nicht zu stellen.

Verf. legt sich zu diesem Zwecke vier Fragen vor:

1) Sind größere Blutgefäße der Niere zerrissen?
2) Ist das Nierenbecken oder der Harnleiter zerrissen?
3) Ist die verletzte Niere aseptisch oder infiziert?
4) Bestehen Nebenverletzungen?

Um zuverlässige Aufschlüsse über die drei ersten Punkte zu erhalten, empfiehlt Verf. die Cystoskopie und den Harnleiterkatheterismus, die bisher systematisch zu diesem Zwecke noch nicht angewandt wurden. Er bespricht dann die richtigen Deutungen der sich dabei ergebenden wechselnden Befunde, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde. H. Kolaczek (Tübingen).

---

42) J. R. v. Winiwarter. Ein Beitrag zu den Eiterungen nach subkutanen Nierenverletzungen. (Wiener klin. Wochenschrift 1910. Nr. 52.)

Ein 34jähriger Mann, der 6 Jahre zuvor an Nierenentzündung gelitten hatte, zog sich durch Sturz im Rausche eine subkutane Nierenzerreißung zu; er wurde zuerst in einem Krankenhause wegen der schweren Blutungen mit Bettruhe und Kühlapparaten behandelt. Da aber später hohes Fieber, größere Schmerzen, schließlich ein Kollaps eintrat, wurde in der Annahme des Durchbruches eines Nierenabszesses in die Bauchhöhle laparotomiert, doch nur seröses Exsudat in der Bauchhöhle, dagegen ein großer Abszeß in der Nierengegend gefunden, der durch die Bauchwunde eröffnet werden mußte. Nach 14 Tagen entstand eine Urin-Kotfistel. Da auch die andere Niere nicht einwandsfrei war, konnte nach Verlegung in die v. Eiselsberg'sche Klinik an einen radikalen Eingriff zunächst nicht gedacht werden. Pat. kam durch Eiterung und gelegentliche Retention sehr herunter, erholte sich dann nach unilateraler Darmausschaltung, später nach Eröffnung eines paranephritischen Abszesses, so weit, daß ein Jahr nach dem Unfall Nephrotomie, später Verschluß der Kotfistel und schließlich stückweise Nephrektomie ausgeführt werden konnte, so daß Pat. fast 2 Jahre nach dem Unfall in sehr gutem Allgemeinbefinden mit einer kleinen eiternden Fistel nach Hause ging.

Bemerkenswert ist der Fall durch die ungewöhnliche Entwicklung der Urin-Kotfistel erst nach Eröffnung des Nierenabszesses und durch die Größe dieser Fistel. Nacheinander hatten sich zuerst ein Nierenabszeß, dann eine Perinephritis, schließlich noch ein paranephritischer Abszeß entwickelt und die verschiedenen schwierigen Eingriffe nötig gemacht. Renner (Breslau).

---

43) Eisendrath and Strauss. The effect on the kidney of temporary compression of its vessels. (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 27. 1910.)

Die Versuche der Verff. an Kaninchen hatten das Ergebnis, daß vorübergehende Kompression der Nierengefäße bis zu 30 Minuten Dauer nur sehr geringe

Veränderungen an der Niere entstehen läßt; dauert der Verschluß 45 Minuten, so kommt es schon zu erheblicher parenchymatöser Degeneration und interstitieller Infiltration; Verschluß von 1 bis 2 Stunden Dauer führt zu dauernder Degeneration des Parenchyms, Koagulationsnekrose des Epithels der Kanälchen und starken interstitiellen Veränderungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

44) McDonald. Anomalous renal arteries and their relation to hydronephrosis. (Annals of surgery 1910. Dezember.)

Folgende Gefäßanomalien kommen an den Nierenarterien vor: 1) Die Nierenarterie gelangt statt eines einzelnen von der Aorta zum Nierenhilus gehenden Gefäßes in einzelnen Zweigen zur Niere, dessen gemeinsamer Stamm dicht an der Aorta liegt. 2) Es kommen eine oder mehrere überzählige Nierenarterien vor. 3) Wenn die Nieren selbst nicht normal sind, z. B. Hufeisennieren, sind die Gefäße meistens auch anormal; bei Hufeisenniere kommt eine Hauptarterie oder mehrere Zweige derselben direkt oberhalb der Bifurkation von der Aorta oder von der Art. mesent. inf. oder der Iliaca comm. externa bzw. interna. Praktisch wichtig sind diese Anomalien, weil sie als Ursache von Blutungen bei Operationen wirken oder durch Druck auf den Harnleiter Hydronephrosen hervorrufen können. Diese letzteren werden begünstigt durch um den Hilus vorhandene Entzündungen bzw. Verwachsungen oder durch ein an sich bereits erweitertes Nierenbecken.

Herhold (Brandenburg).

---

45) Tuffier. De la migration des calculs du bassinet et de l'uretère par effraction des parois. (Bull. de l'acad. de méd. 1910. Nr. 28.)

Drei Fälle. 1) Wenig ausgeprägte perinephritische Symptome rechts. Kein Fieber, keine entzündlichen Veränderungen der Bauchdecken. Schließlich blieb allein der Schmerz, welcher zur Inzision zwang. Vor dem Nierenbecken im Narbengewebe ein Stein von Haselnußgröße. Wand des Nierenbeckens und Harnleiter intakt.

2) Urininfiltration der rechten Flanke. Inzision etwas unter der Niere. Entleerung großer Urinmengen. Dann durch 2 Monate Fistel, aus der sich ein bohnengroßer Stein entleerte.

3) Geringfügige Zeichen von Perinephritis, die sich beruhigten. Nach 3 Wochen unter heftigen Schmerzen und Fieber Geschwulst in der Nierengegend. Bei der Operation wird in einem Herde eingedickten Eiters ein haselnußgroßer Stein gefunden. Eine Perforation von Niere, Becken oder Harnleiter ist unauffindbar. Aus der Drainagefistel entleert sich kein Urin.

Neugebauer (Mährisch-Ostrau).

---

46) Duncker. Prolaps des Fettlagers der Niere, eine Hernia lumbalis vortäuschend. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

D. beschreibt einen Fall von Vorfall des Nierenfettlagers, der bei der Inspektion und klinischen Untersuchung zur Verwechslung mit einer Hernia lumbalis führte, was in Anbetracht der Seltenheit solcher Fälle sehr begreiflich ist.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

47) **R. Buccheri. Deux cas de tumeurs malignes du rein chez l'enfant.** (Arch. génér. de chir. V. 2. 1911.)

Bericht über zwei Fälle von bösartigen Nierengeschwülsten, die beide Mädchen im Alter von ca. 3 Jahren betrafen. In dem einen Falle war die Geschwulst wegen zahlreicher stark blutender Verwachsungen mit den Nachbarorganen inoperabel; in dem anderen konnte die Niere exstirpiert werden. Das Kind ging jedoch an wiederholten Eingeweidevorfällen infolge Platzens der Bauchwunde zugrunde. Die histologische Untersuchung ergab ein Endotheliom.

Bezüglich der Genese dieser Geschwülste verwirft B. die Annahme von traumatischen Einflüssen und vertritt die Anschauung, daß neben aberrierenden Nebennierenkeimen auch pararenale embryonäre Harngänge für die Entstehung der bösartigen Nierengeschwülste in Frage kommen.

Therapeutisch kommt die transperitoneale Exstirpation in Frage. Dauerheilung ist kaum in 10% der Fälle zu erhoffen. M. Strauss (Nürnberg).

---

48) **H. v. Haberer. Die gestielte Nebennierentransplantation und ihre Endresultate.** (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 3.)

Verf. gibt in der vorliegenden Arbeit Bericht über die endgültigen Resultate bei einer Reihe von Versuchstieren, denen er vor mehreren Jahren die gestielte Nebenniere in die Niere eingepflanzt und dann die andere Nebenniere ebenfalls entfernt hatte, so daß die betreffenden Tiere mit der in die gleichnamige Niere überpflanzten Nebenniere auskommen mußten. Einer Reihe von Tieren wurde mit der einen Nebenniere auch noch die Niere exstirpiert. Die Beobachtungen ergaben, daß die Tiere mit gestielter Nebennierentransplantation und Exstirpation des anderen Organs Jahr und Tag am Leben bleiben und sich wie gesunde Tiere in ihren Lebensäußerungen verhalten können. Gemeinsam war den Präparaten der transplantierten einzig bleibenden Nebenniere der völlige Neu- und Umbau der Nebenniere. In der Rindensubstanz überwog die Bildung von Adenomen, das Mark zeichnete sich durch seine unregelmäßige, durch die ganze Nebenniere verstreute Anordnung aus. Nirgends fand sich mehr regressives Gewebe, die Umgestaltung der Nebenniere hatte ihren endgültigen Abschluß gefunden. Zu einer Geschwulstbildung nach Analogie der Grawitz'schen Geschwülste war es nicht gekommen. Die Versuche ergeben, daß eine gestielt transplantierte Nebenniere, wenn sie in ihrer Rinden- und Marksubstanz erhalten bleibt, bzw. sich aus den Resten der beiden Substanzen neu bildet, dauernd auch funktionell leistungsfähig bleibt. Immerhin zeigten zwei Fälle, daß solche transplantierten Nebennieren doch noch nach sehr langer Zeit insuffizient werden können, so daß die Versuchstiere zugrunde gehen, ein Beweis, daß nur über Jahr und Tag dauernde Beobachtungen einen Wert haben. Bei jenen beiden Fällen war die Rinde lebenskräftig geblieben, während sich das Mark mikroskopisch als degeneriert erwies. v. H. sieht die anatomische Schädigung der Marksubstanz als den Ausdruck der funktionellen Insuffizienz der Nebenniere an, erklärt auf Grund eines Kontrollversuches die Marksubstanz für ebenso wichtig wie die Rinde und glaubt, daß die Anwesenheit von genügender Menge gesunder Rindensubstanz bei degeneriertem Mark den Ablauf der Erscheinungen bis zum Tod zwar verzögert, das tödliche Ende aber nicht verhindert. Aus Leichenversuchen glaubt v. H. die einstweilen allerdings nach seiner eigenen Ansicht noch ganz hypothetische Annahme machen zu dürfen, daß vielleicht eine chirurgische Behandlung der Addison'schen Krankheit mit der Verpflanzung menschlicher Nebenniere samt ihren Gefäßen eine Aussicht auf Erfolg haben könnte. E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

49) **M. Simmonds. Über Fibrosis testis.** (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 108.)

Während früher ziemlich allgemein als Ursache für die als Orchitis fibrosa bezeichnete Hodenveränderung die Lues angesprochen wurde, haben sich in den letzten Jahren die Stimmen gemehrt, die auch andere Prozesse in ätiologischer Hinsicht für das Zustandekommen dieser Affektion beschuldigten. Um diese Frage zu entscheiden, untersuchte S. systematisch eine große Anzahl von Hoden. Er kommt auf Grund seiner Befunde zu folgenden Schlüssen hinsichtlich der Ätiologie dieser Veränderung, der er den rein deskriptiven Namen Fibrosis testis gibt:

Die Fibrosis testis kann durch regressive Vorgänge der Samenkanälchen, aber auch durch progressive Prozesse im interstitiellen Gewebe veranlaßt werden; im ersteren Falle ist die Fibrosis eine zarte, im letzteren eine derbe. In der Ätiologie der zarten Fibrosis spielen Zirkulations- und Ernährungsstörungen, Unwegsamkeit der Samenkanälchen, langdauernde Kompression und falsche Lagerung eine wichtige Rolle. Sie kommt daher vor bei Arteriosklerose, im hohen Alter, nach gonorrhoischer Epididymitis, bei chronischen Erkrankungen der Harnblase und Prostata, bei dickwandigen Hydrokelensäcken, bei Lepra und nicht selten bei Lues. In der Ätiologie der derben Fibrosis kommen in Betracht: Entzündungen bei verlagerten Hoden und nach gonorrhoischen und anderen Erkrankungen der Samenableitungswege, metastatische Prozesse verschiedenen Ursprungs, Lepra, vernarbende tuberkulöse Herde, in erster Reihe aber die luetische Orchitis. Bei der auf Lues beruhenden Fibrosis testis lassen sich oft mikroskopisch Reste des entzündlichen Prozesses in Form kleiner Infiltrate in dem verbreiterten Zwischengewebe nachweisen. Doering (Göttingen).

---

50) **Franz Kuhn. Der Luftkompressor im Krankenhaus. II. Teil. Die Hochdruckmassage. Allgemeiner Teil.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. CVII. p. 198.)

Um Druckluft zu Massagezwecken auf Körperorgane und Glieder anzuwenden, sind Vermittlungsapparate oder Bandagen, am besten aus gutem Luftballonstoff oder aus Paragummistoffen bester Qualität hergestellt, nötig, über deren Konstruktionsart K. einige allgemeine Daten oder Vorschläge mitteilt. Er spricht a. von stulpen-, manschettenförmigen und überzugartigen Apparaten, konstruiert etwa in der Form von den Muffen der Damen, der Hohlraum zwischen der Doppelwand bestimmt zur Injektion der komprimierten Luft. b. Von bindeförmigen Luftsackapparaten, ähnlich Schwimmblasen oder Schwimmgürteln, c. von pelottenartigen Druckluftapparaten mit starrem Widerlager, zum Aufsetzen auf eine umschriebene Stelle behufs Lokalmassage bestimmt. Bedienen läßt K. diese Apparate, von denen man sich mangels beigefügter Abbildungen indes keine recht reelle Vorstellung machen kann, durch den von ihm früher für mannigfache Zwecke in Spitälern empfohlenen »Luftkompressor«. Der Apparatbesprechung folgt eine die Vorzüge der neu empfohlenen Luftmassage rühmende theoretisierende Erörterung mit physiologischem Raisonnement und Bezugnahme auf neuere die Frage berührende Literatur (Bier, Klapp, Esmarch u. a.), jedoch ohne Beibringung eigener Beobachtungs- und Behandlungsresultate.

Meinhard Schmidt (Cuxhaven).

51) Heermann (Kassel). Medico-mechanische Apparate für den praktischen Arzt. (Deutsche med. Wochenschrift 1910. Nr. 52.)

Verf. beschreibt eine Reihe einfacher und praktischer Apparate, die sich aus einfachen Materialien improvisieren lassen, so daß auch in der Privatpraxis und unter beschränkten Verhältnissen eine rationelle Bewegungstherapie ins Werk gesetzt werden kann. — Bezüglich der Einzelheiten muß auf das Original verwiesen werden. Deutschländer (Hamburg).

52) Pels-Leusden (Berlin). Ein neues Instrument zur Entfernung von versenkten Fadenknoten und Tupferresten. (Therapeutische Monatshefte 1911. Hft. 2.)



Verf. empfiehlt zu obigem Zwecke angelegentlichst nebenstehendes Instrument. Thom (Posen).

53) R. Hirt (Magdeburg). Zur Technik der gefensterten Gipsverbände. (Münchener med. Wochenschrift 1910. Nr. 48.)

An die Stelle, wo das Fenster zu liegen kommt, wird ein 4—5 cm breiter, zu einem Zylinder umgebogener und zusammengesteckter steriler Pappstreifen mit rechtwinklig umgebogenem und vielfach eingekerbtem Rande aufgesetzt, der der Knochenoberfläche entsprechend geschnitten ist. Der Kartonzylinder läßt sich aus dem erstarrenden Verbande durch Aufrollen leicht herausheben.

Kramer (Glogau).

54) A. Codivilla. Sulle indicazioni e sulla tecnica della estensione col chiodo. (Riv. d. l. soc. med. argentina 1910.)

Das Anwendungsgebiet der Nagelextension sind: 1) Alte, mit Verkürzung geheilte Brüche des Ober- und Unterschenkels, angeborene Verkürzungen der unteren Gliedmaßen, rachitische Verkrümmungen, Coxa vara; 2) von frischen Brüchen die des Femur nahe den Gelenken, des unteren Drittels des Unterschenkels, vor allem die Schrägbrüche. Ausschließlich angewandt werden soll die Nagelextension bei den komplizierten Brüchen der Friedenspraxis und den Schußfrakturen, die mit Hilfe eines leicht mitzuführenden Rahmens schon auf dem Verbandsplatze mit dem definitiven, jeder Dislokation vorbeugenden Verbande versehen werden können.

Die Kontraextension soll stets am Becken angreifen. Zweckmäßig ist mitunter die Kombination mit Gips- und Schienenverbänden, z. B. bei der etappenweisen Behebung von Verkürzungen; sie ermöglicht auch, die Kranken im Verband umhergehen zu lassen. Die Anwendung eines auf einer Gabel ruhenden ungleicharmigen Hebels, der ähnlich wirkt wie die Zuppinger'schen Schienen, läßt die Verwendung kleinerer Gewichte zu.

Als einzigen Nachteil der Nagelextension sah Verf. bisher das Auftreten von epileptiformen Anfällen bei disponierten Individuen, die aber stets auf die Verwendung allzugroßer Gewichte (über 30 kg) zurückzuführen waren.

Gümbel (Charlottenburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Nr. 26. Sonnabend, den 1. Juli 1911.

Inhalt.

I.

Aus dem Roten Kreuz in Kassel.

Über Grossich's Jodtinkturdesinfektion postoperativen Ileus, Ikterus und Hautnekrosen.

Von

Dr. Bertelsmann.

In Nr. 19 dieses Zentralblattes schreibt Propping über vermehrtes Auftreten von postoperativem Ileus bei Desinfektion der Haut mit Jodtinktur. Zur Vermeidung dieser unangenehmen Komplikation empfiehlt er, die Haut mit feuchtwarmen Kompressen abzudecken, ehe die Därme vorgelagert werden. Ich habe bei Anwendung des Grossich'schen Verfahrens in den letzten 15 Monaten

392 Bauchoperationen aller Art ausgeführt und dabei nur einen postoperativen Ileus erlebt; der aber war dadurch entstanden, daß sich bei einem Kinde in das Lumen eines dicken Drainrohrs, obwohl dieses mit Gaze ausgefüllt war, eine Dünndarmschlinge hineingedrängt hatte.

Wir haben aber, wie wir das überall schon seit vielen Jahren tun, gleich nach dem Hautschnitt sterile trockene Gaze an die Wundränder angeklammert. Hervorgeholte Därme werden dann in gut ausgedrückte feucht-warme Kochsalzkompressen gelagert. Nützlich erscheint es mir, bei der Jodtinkturdesinfektion überhaupt möglichst trocken vorzugehen — der Asepsis wegen, und damit kein Jod verschleppt wird.

Ähnliche Erfahrungen wie Rehn-Propping habe ich übrigens mit nach Claudius selbst bereitetem Jodcatgut gemacht. Ich sah dabei mehrere Fälle von unliebsamen Verklebungen der Därme und gab es deswegen auf.

In bezug auf Einfachheit und Sicherheit erscheint mir das Grossich'sche Verfahren allen anderen überlegen. Jodreizungen der Haut kommen kaum vor, wenn man nach der Operation nur einen dünnen luftdurchlässigen Gaze-Pflasterverband anlegt. Watte vermeiden wir. Dagegen kommt es manchmal zu teilweisen, wie mit dem Locheisen ausgeschlagenen, trockenen Hautnekrosen, wenn man nach Schluß der Wunde noch nachträglich mit Jodtinktur überstreicht, namentlich dann, wenn die Wunde nicht ganz genau geschlossen war.

Bei Anwendung Michel'scher Klammern ist nachträgliches Überstreichen zum mindesten überflüssig.

Aufgefallen ist mir außerdem, daß postoperativer Ikterus besonders bei Kindern unter Anwendung von Jodtinktur häufiger als bisher aufzutreten scheint. Allerdings handelte es sich hierbei fast ausschließlich um Fälle bereits perforierter Appendicitis. Immerhin erscheint es mir ratsam, die Jodierung der Haut auf eine möglichst geringe Fläche namentlich bei Kindern auszudehnen.

Über Hautnekrosen und allgemeine Wirkungen der Jodtinktur ist bereits von anderer Seite berichtet worden[1], doch glaube ich hier auf die Literatur nicht eingehen zu sollen.

II.

Aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses zu Modena.
Leiter: Prof. Dr. P. Fiori.

Über das Verhalten des Darmes gegenüber der Verdauungstätigkeit des Magensaftes.

Von

P. Fiori.

Im Laufe des vorigen Jahres hatte ich bereits die Ergebnisse von 14 Versuchen veröffentlicht[1], die ich an Hunden vorgenommen hatte, um die Widerstandsfähigkeit des Magens und des Darmes dem Magensaft gegenüber zu studieren.

Diese Resultate führten mich zu dem Schluß, daß die Wand des Jejunum dauernd fortleben kann, ohne in irgendeiner Weise durch den Magensaft, mit dem

---

[1] Siehe z. B. Broë, Zentralbl. f. Chir. 1911. Nr. 18.

[1] S. Bollett. delle soc. med.-chir. di Modena 1910. September.

sie in Berührung kommt, geschädigt zu werden. Zur Eıklärung dieser Tatsache, stellte ich die Hypothese des Vorhandenseins eines Antiferments im Innern des Gewebes der Darmwand auf, welches fähig ist, sich der protheolytischen Wirkung des Pepsins zu widersetzen.

Diese meine Resultate, die sich mit denen von Hotz decken und den Schlußfolgerungen Katzenstein's und Kathe's widersprechen, wurden kurz darauf durch die Forschungen von Ruscá bestätigt.

Vom September 1910 bis heute habe ich diese Versuche fortgesetzt, und zwar an Katzen und Hunden; dabei hielt ich es für zweckmäßig, verschiedene Wege einzuschlagen, und zwar:

1. Reihe. Einfache Anlagerung des Darmes an den Magen, mittels fortlaufender sero-seröser Naht, ohne Eröffnung des Magens.

2. Reihe. Einlagerung eines Teiles der Darmschlinge in die Dicke der Magenwand, und zwar zwischen die Schleimhaut und die Muskulatur, ohne Öffnung des Magens.

3. Reihe. Wie oben, jedoch mit Ausschneiden der Muscularishülle des Magens, um den eingelagerten Teil der Darmschlinge herum.

4. Reihe. Anlagerung der Darmwand an den Magen, wie oben Nr. 1, sodann Gastrotomie und Ausschneiden der Magenwand an der Stelle, welche dem angelagerten Darmteile entsprach. Auf diese Weise vergewisserte ich mich, daß die Darmwand nicht dem Einfluß irgendeines zusammenschnürenden Muskelringes ausgesetzt war.

5. Reihe. Einlagerung eines ausgeschnittenen, gut vaskularisierten Dünn- oder Dickdarmlappens in einen entsprechenden Substanzverlust des Magens.

Resultate: Mit denen der letzten Versuchsreihe beginnend hebe ich hervor, daß dieselben äußerst beweisend gewesen sind; denn bei keinem der sieben auf diese Weise operierten Hunde, die 2—36 Tage am Leben erhalten waren, konnte ich je auch nur einmal die geringste Veränderung des eingepflanzten Darmlappens wahrnehmen; ein sicherer Beweis für die Widerstandsfähigkeit des Darmes gegenüber der Verdauungstätigkeit des Magensaftes.

Was die anderen Resultate betrifft, so waren sie der Art, daß sie mich in meinen schon früher bekanntgegebenen Ideen befestigten. In der Tat, während ich in der ersten Versuchsreihe feststellen konnte, daß die einfache Vereinigung des Darmes mit dem Magen mittels fortlaufender sero-seröser Naht den Geweben keinen Nachteil bringt, gelang es mir in der 2. und 3. Versuchsreihe, die große Bedeutung der von der Magenmuskulatur um die eingepflanzte Schlinge herum gebildeten Schnürung nachzuweisen, da jene schweren Ernährungsstörungen ausgesetzt werden kann, die die Zerstörung der Gewebe verursachen können.

Mit Hilfe der 4. Versuchsreihe konnte ich endlich deutlich den Nachweis erbringen, daß die dem ischämisierenden Einfluß des Muskelringes der Magenwand entzogene Darmwand ohne Gefahr der Wirkung des Verdauungssaftes des Magens widersteht.

Mittels dieser Versuche glaube ich, ist es mir gelungen, die verschiedenen, von den verschiedensten Forschern erzielten Resultate zu erklären.

Um diese Forschungen zu vervollständigen habe ich studiert, ob wirklich in der Darmschleimhaut, wie in jener des Magens, eine Substanz mit antiproteolytischer Wirkung besteht. In der Tat glaube ich mittels einer langen Reihe chemisch-physikalischer und biologischer genauer Forschungen das Vorhanden-

sein dieser Substanz nachgewiesen zu haben; die Einzelheiten dieser Versuche werde ich seinerzeit mitteilen. Hier genügt es mir, zu sagen, daß diese Substanz sämtliche Charaktere eines äußerst aktiven und widerstandsfähigen Enzyms besitzt.

Modena, 5. Mai 1911.

III.

Zur Stumpfversorgung nach Magenresektion.

Von

Dr. Eugen Pólya,

Privatdozent, Primarius des St. Stefanspitals in Budapest.

Von den verschiedenen Methoden, welche man bisher zur Versorgung des Magen- und Duodenumstumpfes nach Magenresektion angegeben, schafft zweifelsohne das von Kocher empfohlene Verfahren den normalen am meisten ähnliche anatomische Verhältnisse. Doch läßt sich bei ausgedehnten Resektionen auch nach möglicher Mobilisierung des Duodenums die Gastroduodenostomie nicht ohne Spannung ausführen, und dies führt leicht zur Nahtinsuffizienz. Auch kann, wenn der Magenstumpf zu klein ist und die Anastomosenöffnung an der hinteren Wand des Magens nahe zur Verschlußnaht angelegt werden muß, dieser Streifen der Magenwand absterben, wie dies mehrfach beobachtet wurde. Zwar bemerkt Kocher mit Recht, daß in Fällen, wo man die Implantation des Duodenum in die hintere Magenwand nicht mit Sicherheit ausführen kann, auch die Verschlußnaht des Duodenum nicht sicher halten wird; doch verursacht eine Insuffizienz der Magen-Duodenumanastomose viel größeren Schaden als die Insuffizienz der Duodenalverschlußnaht, welche bei genügender Tamponade höchstens zu einer Fistel führen kann, welche sich doch früher oder später schließt. Die übrigen Methoden stehen derjenigen Kocher's entschieden nach. Bei Billroth I ist die Gefahr der Nahtinsuffizienz noch größer. Bei Billroth II droht die Regurgitation, besonders wenn der Magenstumpf zu klein ist und wir demzufolge verhindert sind, eine Gastroenterostomieöffnung von entsprechender Größe und Lage anzulegen. Das Verfahren von Krönlein, Henle, Mikulicz vereinigt die Nachteile von Billroth I und II, und dasjenige von Rydygier ist ziemlich kompliziert und zeitraubend. Das Verfahren, welches ich lediglich für ausgedehnte Magenresektionen, wo die Kocher'sche Vereinigungsmethode nicht leicht und ohne jedwelche Spannung auszuführen ist, empfehlen würde, besteht im wesentlichen darin, daß wir den Magenstumpf in seiner ganzen Ausdehnung end to side in eine Längswunde der durch einen Mesokolonschlitz hervorgezogenen obersten Jejunumschlinge implantieren. Hierdurch wird

1) die Gastrojejunostomie leicht ausführbar;

2) der Magenstumpf läßt sich mit dem Darm ohne jedwelche Spannung vereinigen;

3) die Naht hält vollkommen sicher, da überall breite Serosaflächen aufeinander gelegt werden können;

4) die Bedingungen für die Entleerung des Magens sind die möglichst günstigsten, da

a. die Kommunikation sehr weit ist,

b. die Öffnung am aboralen Ende des Magenstumpfes liegt, also in der Rich-

tung, welche der physiologischen Entleerung des Mageninhaltes am meisten entspricht und

c. der Magen in den obersten Teil des Jejunum mündet und somit eine zuführende Schlinge fehlt, ebenso wie bei der Mayo'schen no loop Gastroenteroanastomose, welche ich bei der Anlegung der Öffnung im Darm als Muster befolgte;

5) ersparen wir die Verschlußnaht des Magens.

Daß ich trotz diesen Vorteilen und trotz der durch Röntgenbilder konstatierten viel schnelleren Entleerung des Magenstumpfes nach diesem Verfahren

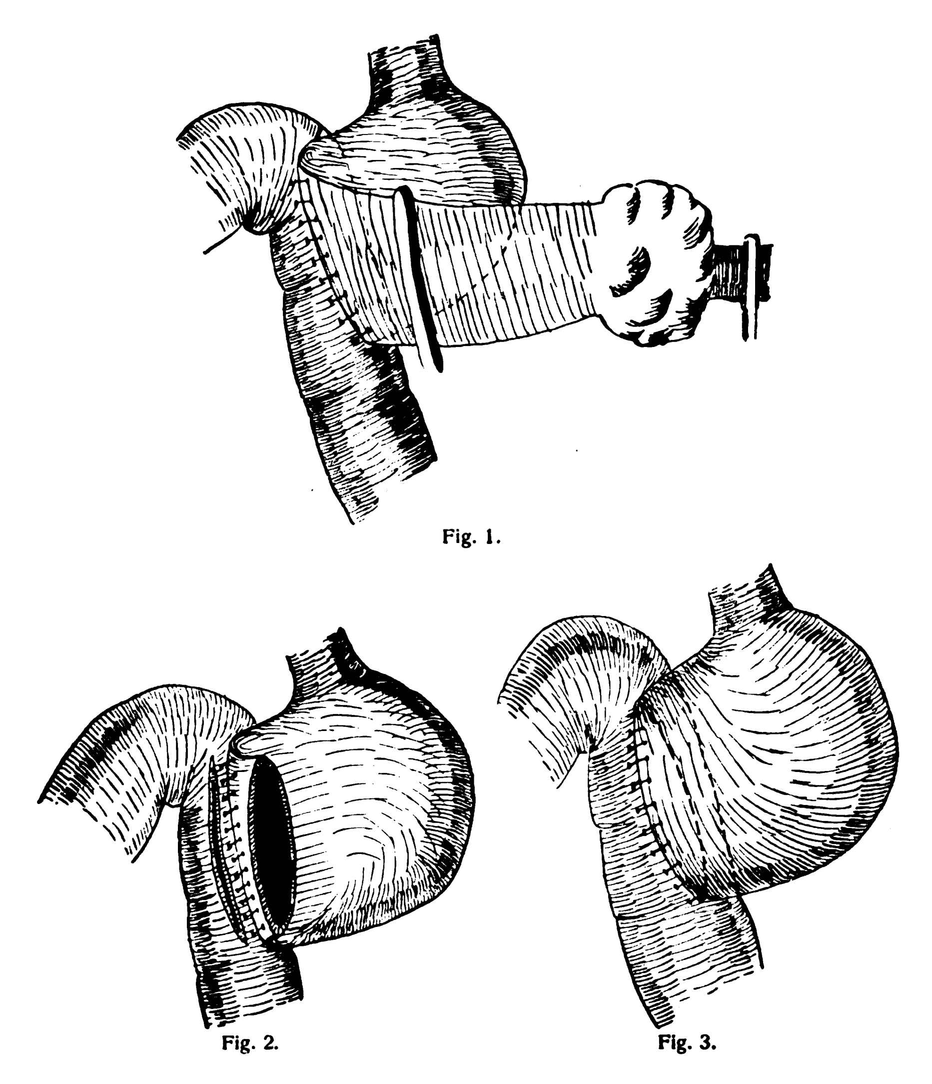


Fig. 1.

Fig. 2. Fig. 3.

bei weniger ausgedehnten Magenresektionen das Kocher'sche Verfahren bevorzuge, geschieht hauptsächlich darum, weil bei diesem das Operationsterrain vollkommen auf die obere Etage der Bauchhöhle bzw. auf das Gebiet zwischen unterer Leberfläche und Mesocolon transversum beschränkt bleibt. Hingegen

glaube ich, daß man das Verfahren bei der Pylorusausschaltung mit Vorteil anwenden könnte.

Ich führte diese Operation bisher in 6 Fällen von ausgedehnten Magenresektionen wegen Karzinom aus. 2 Pat. verließen das Spital geheilt, eine dritte 70jährige Pat. war 5 Wochen lang vollkommen wohl und wurde nur wegen einer kleinen Duodenalfistel im Spital zurückbehalten. Dann bekam sie ein Erysipel an der Nase, welches über den ganzen Kopf zog; schließlich infizierte sich die kleine Fistel am Bauche, und Pat. erlag 49 Tage p. op. einer akuten retroperitonealen Phlegmone. 3 sehr herabgekommene Pat. (der eine äußerst anämisch, zwei mit ausgedehnten Lymphdrüsenmetastasen) starben 1—2 Tage nach der Operation, doch hielt, wie die Obduktion feststellte, die Magen-Jejunumanastomose auch in diesen Fällen tadellos. Die Röntgenuntersuchung zeigte in 2 Fällen, daß Bismutbrei den Magen in kürzester Zeit verläßt.

Die Ausführung der Operation wird bedeutend erleichtert, wenn man die Serosanaht zwischen Jejunum und hinterer Magenwand noch vor der Amputation des bereits ganz freigemachten und am Duodenum durchtrennten Magens anlegt (Fig. 1). Dann wird der Magen entfernt, das Jejunum in entsprechender Länge eröffnet (Fig. 2), und die Magen-Jejunumanastomose l. a. mit einer zirkulären durchgreifenden und einer vorderen Serosanaht vollendet (Fig. 3).

---

1) Breslauer chirurgische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1911 im Allerheiligenhospital

Vorsitzender: Herr Küttner.

1) Herr Honigmann: Sakrales Teratom.

Der jedenfalls retrorektal entwickelte Tumor wurde von der 43jährigen Pat. im Anschluß an eine kurz zuvor überstandene Proktitis per anum entleert. Das Präparat ist nierenförmig, Größe 23 : 14 : 13 mm, Konsistenz teils derb, teils festweich, kompressibel; die ganze Oberfläche ist mit Haut überzogen und mit Haaren bedeckt, die an dem einen Pol zu einem 14 cm langen Schopf zusammentreten.

Mikroskopisch zeigt der Hautüberzug gut entwickelte Retezellen, Papillen, zahlreiche Talg- und Schweißdrüsen und viele erweiterte kutane Gefäße. Das Innere der Geschwulst besteht aus Fett- und Bindegewebe und ist gleichfalls sehr reich an dilatierten Gefäßen. Stellenweise finden sich kavernöse Partien und Endothelzellanhäufungen im Lumen von Blut- und Lymphgefäßen.

Der Durchbruch pararektaler Tumoren ins Rektum ist sehr selten. H. konnte nur fünf Fälle in der Literatur auffinden. Einer von diesen (Port) zeigt auch in Gestalt und Struktur weitgehende Übereinstimmung mit der demonstrierten Geschwulst. Die Stellung der letzteren zu den Sakraltumoren, besonders zu den Teratomen, wird erörtert und auf die Analogie mit den behaarten Rachenpolypen hingewiesen. Hinsichtlich der Genese wird ein monogerminaler Ursprung durch embryonale Verlagerung von Ektoderm angenommen.

2) Herr Drehmann: a. Angeborene Skoliose.

Röntgenbefunde von 15 Fällen angeborener Skoliose. Es handelt sich meistens um eingesprengte keilförmige Halbwirbel an der Hals-, Brust- oder Lendenwirbelsäule, zumeist am Übergange der einen in die andere. Ein Fall zeigt die obersten

vier Brustwirbel aus einzelnen sich zu einem ganzen Wirbel ergänzenden keilförmigen Halbwirbeln zusammengesetzt. Ein Fall zeigt einen halbseitigen Defekt im Kreuzbein.

Demonstration eines Assimiliationsbeckens mit Asymmetrie, aber ohne besondere Zeichen für Skoliose.

b. Corpus liberum genu.

Ein Fall zeigt deutlichen Röntgenbefund für Osteochondritis dissecans. In einem anderen Falle wurde der durch Trauma losgelöste Knorpel der Kniescheibe (Büdinger) entfernt. Der dritte Fall zeigt im Röntgenbilde über walnußgroße Fremdkörper, welche nach Entzündung im Kindesalter sich entwickelt haben, wahrscheinlich durch Verkalkung von Reiskörperchen.

c. Exostosis femoris.

Gestielte Exostose, welche durch Trauma abgebrochen war.

d. Skifraktur.

Torsionsbruch der Tibia (Oberst).

e. Traumatische Malakie des Mondbeins (Kienböck).

Zwei Fälle nach früheren Distorsionen. Die mangelnde Knochenatrophie spricht gegen Tuberkulose.

Diskussion: Herr Hoffmann zeigt das Röntgenbild einer etwa haselnußgroßen Exostose des unteren Femurrandes, die einige Wochen nach einem Stoß an eine Schneeschuhspitze plötzlich, ohne daß Symptome vorausgingen, entstand, seitdem nicht gewachsen und schmerzlos ist.

3) Herr Tietze: Einige Fälle von Bauchfell- und Darmtuberkulose.

Kurze Mitteilung klinisch interessanter Fälle, mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose. In zwei Fällen von tuberkulöser Appendicitis, bei welchen die Nähte am Coecum wegen Infiltration der Wand ausrissen, sah sich Vortr. genötigt, den benachbarten Dünndarm wie ein Band auf diese Stelle aufzunähen. Es erfolgte dadurch eine starke Darmknickung, doch wurden etwa eingetretene üble Folgen durch eine passende Darmanastomose vermieden.

4) Herr Förster berichtet über drei Fälle, bei denen wegen gastrischer Krisen von Herrn Tietze die Resektion hinterer Dorsalwurzeln ausgeführt wurde, zweimal bei Tabes, einmal bei einer Arachnitis chronica. Bei dem einen Tabiker wurden links drei, rechts vier Wurzeln, bei dem andern beiderseits vier (6—10 D) reseziert. Bei beiden wurden die Krisen zunächst kupiert, kehrten dann aber zum Teil wieder; allerdings sind sie nicht so häufig wie früher, in dem ersten Falle statt alle 4 Wochen mit einer Dauer von 21 Tagen alle 3 Monate zirka 10 Tage lang, in dem anderen Falle, der seit zwei Jahren dauernd im Status criticus sich befunden hatte, traten alle 3 Monate kurze schwache Krisen von 5tägiger Dauer auf.

In beiden Fällen erfolgt dauernd Gewichtszunahme nach vorheriger Abmagerung zum Skelett.

Der dritte Fall wird von Erbrechen geheilt, aber es bestehen sehr heftige Gürtelschmerzen linkerseits fort, da hier die Entfernung der mit dem Rückenmark verklebten Wurzeln nicht radikal gelang.

Diskussion. Herr Küttner rät auf Grund seiner Operationen ebenfalls zu vorsichtiger Beurteilung der Enderfolge der Operation, obwohl von seinen eigenen Fällen zwei rezidivfrei geblieben sind. Vor dem Guleke'schen extraduralen Vorgehen warnt K. auf Grund zweier Beobachtungen, in denen der Eingriff sich erheblich größer und blutiger, vor allem aber auch unsicherer gestaltete als bei

intraduralem Vorgehen; in einem Falle war K. nach der extraduralen Operation genötigt, noch einmal intradural vorzugehen, und konnte bei dieser Gelegenheit die weit größere Sicherheit und Einfachheit des letzteren Verfahrens feststellen.

5) Herr Brade: a. Demonstration eines Pat. mit Rhinophyma.

Die anfangs versuchte Operation befriedigte nicht. Nach Einleitung der Kohlensäureschneebehandlung gingen die Symptome bald zurück. Es ist bis jetzt keine völlige Heilung eingetreten, doch ist das Resultat für Pat. und Arzt sehr befriedigend.

Im Anschluß daran wird ein $2^1/_2$jähriges Kind demonstriert, das wegen Angiosarkom der Wange 1909 operiert worden war. Das sofort aufgetretene Rezidiv reagierte auf Alkoholinjektion so gut wie gar nicht. Nach Einleitung der Kohlensäureschneebehandlung sistierte sofort das weitere Wachstum; jetzt ist der Tumor, fast ohne Spuren zu hinterlassen, völlig verschwunden.

b. 16jähriger Knabe mit Bauchschuß. Operation 1 Stunde nach Einlieferung. Es fand sich ein Schußkanal in der Leber, Perforation des Magens an der Vorder- und Hinterfläche und vier Dünndarmperforationen, von denen zwei dadurch auffielen, daß die Einschußöffnung in der freien Darmzirkumferenz lag, während die Gegenöffnung sich im Mesenterialansatz befand.

c. Demonstration einer schwer entzündlich veränderten Gallenblase, die bei der Operation sich an einem 3 cm langen, um 360° gedrehten dünnen Stiele hängend fand. Sie hatte eine Peritonitis verursacht, der die 75jährige Pat. infolge der vorhandenen Herzschwäche erlag.

6) Herr Ritzmann: Sektionsergebnisse bei Lungenembolien.

Vortr. hat 6000 Sektionsprotokolle aus den letzten 5 Jahren des Allerheiligenhospitals auf die Frage hin untersucht, wie viel Lungenembolien als Todesursache beobachtet worden sind und welche Fälle sich nach Krankheitsverlauf und Sitz des Embolus für die Trendelenburg'sche Operation geeignet haben würden. Es fanden sich 55 Fälle, von denen 35 näher analysiert werden konnten. Vortr. erläutert dieselben etwas genauer, erhält aber als Endergebnis, daß im Breslauer Allerheiligenhospital von 35 Fällen nur 6 vor dem Tode als Lungenembolien diagnostiziert worden waren. Diese verliefen aber alle so schnell tödlich, daß an ein operatives Eingreifen kaum hätte gedacht werden können. In diesen Fällen war der Hauptstamm der Arteria pulmonalis verlegt. Die Fälle hätten sich anatomisch wohl zur Extraktion des Embolus geeignet. In den anderen Fällen war der Verlauf etwas langsamer. Wäre die richtige Diagnose gestellt worden, so hätte mit einiger Ruhe operiert werden können. Auch anatomisch hätten sich die Fälle zur Extraktion des Embolus geeignet. Allerdings muß darauf hingewiesen werden, daß der Effekt auch einer zunächst gelungenen Operation durch die Zerreißlichkeit der Thrombenmassen sehr gefährdet erscheint. So sehr Vortr. die Kühnheit und Genialität von Trendelenburg's Vorschlag bewundert, so muß er sich doch auf Grund des von ihm verarbeiteten Materials über die Aussichten der Operation etwas skeptisch äußern; jedenfalls müßte die Diagnostik noch außerordentlich verfeinert werden.

7) Herr Hirt stellt drei Fälle vor, bei denen wegen Harnverhaltung eine Witzel'sche Schrägfistel der Blase angelegt wurde, in die ein Pezzer-scher Katheter eingelegt wurde. Die Fisteln funktionieren gut, die Pat. gehen umher und sind völlig trocken.

8) Herr Weichert: Vereiterung eines Milzhämatoms nach infizierter komplizierter Vorderarmfraktur.

Es werden einige Fälle, ein Milzhämatom, eine aseptische Bauchwunde, ein Salvarsandepot als Locus minoris resistentiae dargestellt, die bei hinzutretender schwerer Infektion an einer anderen Stelle sekundär vereiterten, nicht im Sinne einer Metastasierung dieser Eiterung.

---

2) Martini und Besenbruch. Über eine chronische rotzartige Erkrankung beim Menschen und ihren Erreger. (Archiv für Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. XV. Hft. 7. 1911.

Verff. beobachteten im Gouvernementslazarett Tsingtau und beschreiben einen Fall chronischer Rotzerkrankung eines Matrosenartilleristen, die er sich beim Schlachten eines kranken Pferdes durch Blutspritzer im Gesicht erwarb. Primäraffekt an der rechten Hornhaut. Exquisit chronische Infiltrate und Abszesse an verschiedenen Körperstellen. Schließlich Isolierung eines rotzähnlichen Bakterium aus dem Eiter und dadurch Diagnose. Prognose ungewiß.

zur Verth (Wilhelmshaven).

---

3) J. Brault. Note sur une mycose rencontrée chez un indigène algérien, avec culture et préparations histologiques. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVIII. Nr. 12. 1911. März 28.)

Bei einem 24jährigen Araber, der in einer Fabrik beschäftigt ist, in der Pflanzenfasern und Flachs verarbeitet werden, entwickelte sich in der rechten Glutäalgegend nahe dem Gesäßspalt ein dicker Knoten und in seiner Nähe im Laufe der nächsten Monate drei weitere ähnliche. Anfangs waren diese Knoten schmerzlos, später aber hinderten sie beim Gehen. Öfter brachen sie auf, entleerten Eiter, schlossen sich aber wieder bei genügender Ruhe. Die fraglichen Gebilde erinnerten etwas an große Eruptionen von Molluscum contagiosum. Exzision dieser Knoten und bakteriologische und histologische Untersuchung. Der epitheliale Belag war wenig alteriert, das subkutane Gewebe kleinzellig und eitrig infiltriert. An einzelnen Stellen fanden sich kleine Abszesse, in denen eigentümliche Pilzvegetationen, die bisher noch nicht beschrieben sind, gefunden wurden. Diese hatten ein sehr wirres Mycelium mit lateralen und terminalen Fruchtträgern. Intraperitoneale Impfungen führten bei Meerschweinchen nach ca. 15 Stunden den Tod herbei. Subkutane Inokulationen bei Ratten erzeugten Infiltrate, in welchen, ebenso wie bei den Meerschweinchen, im Peritoneum massenhaft der fragliche Pilzrasen gefunden wurde. Weitere bakteriologische Untersuchungen über diese neue Mykose werden in Aussicht gestellt. G. E. Konjetzny (Kiel).

---

4) Oscar Gross und Max Reh. Über einen Harnbefund bei Karzinomatösen. (Med. Klinik 1911. p. 778.)

Nach Salkowski sind die durch Alkohol oder Schwermetallsalze fällbaren stickstoffhaltigen Körper im Harn Krebskranker vermehrt. Die Verff. prüften mit Salkowski's verschiedenen Untersuchungsverfahren die Harne Gesunder, Krebskranker und andersartig Erkrankter (Tabellen). Die Vermehrung bezeichneter Stoffe ist nicht charakteristisch für Krebs, sondern von gewissen, den Krebs gelegentlich begleitenden Stoffwechselstörungen, schwerem Kräfteschwund,

Eiweißzerfall, Leberschädigungen usw., abhängig. Möglicherweise ist bei Magenkrebs eine gewisse Vermehrung vorhanden, die, vielleicht bei etwas verändertem Untersuchungsverfahren, zur Unterscheidung von anderen Magenleiden dienen könnte. Georg Schmidt (Berlin).

5) **Santi Pusateri.** **Beitrag zum Studium der multiplen primären Karzinome.** (Virchow's Archiv Bd. CCIV. p. 85.)

Bei der Autopsie einer 43jährigen Frau fand Verf. einen Pylorus- und einen Mammakrebs. Der histologische Befund beider Geschwülste berechtigt zu der Annahme, daß sie unabhängig voneinander entstanden seien.

Doering (Göttingen).

6) **Segond.** **Régression sous l'influence du radium d'un sarcome globocellulaire pur à évolution rapide, ayant débuté au niveau du maxillaire inférieur.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVIII. Nr. 12. 1911. März 28.)

Bei einer 50jährigen Frau hatte sich eine kolossale Geschwulst der rechten Unterkieferhälfte entwickelt, die bei der Aufnahme der Pat. inoperabel erschien. Sie maß in ihrer Höhe 12—13 cm, in ihrer Breite vom hintersten Punkt bis zur Höhe 11—12 cm und von hier zum vordersten Ende etwa 13 cm. Sie war unregelmäßig knotig, die Oberfläche rissig, stellenweise ulzeriert. Die Geschwulst verursachte sehr wesentliche funktionelle Störungen: dauernden Trismus, der eine Entfernung der Zahnreihen nur bis zu 5 mm gestattete, Behinderung des Kauens, Unmöglichkeit artikuliert zu sprechen. Infolge der Schwierigkeit der Ernährung hatte die Pat. innerhalb 5 Monaten 17 kg an Gewicht verloren. Histologisch handelt es sich um ein reines Rundzellensarkom. Die Therapie bestand darin, daß in die Substanz der Geschwulst drei Silberröhrchen von 5—10 mm Dicke, welche 1—5 cg reines Radiumsulfat enthielten, hineingestoßen wurden. Diese blieben beim ersten Mal 70 Stunden an ihrem Platz. Schon nach dieser ersten Einwirkung des Radium war angeblich eine bedeutende Besserung zu konstatieren: Schwinden des Schmerzes und der funktionellen Störungen, Abnahme des Geschwulstvolumens. Die erwähnte Radiumapplikation wurde nun öfter wiederholt und führte zu dem Resultat, daß die Geschwulst auf ein minimales Infiltrat der vorderen Wangen- und der angrenzenden Kinngegend reduziert worden war, wobei noch bemerkt wird, daß die letzte Radiumapplikation noch nicht ihre Wirkung entfaltet hatte. Der dabei beobachtete histologische Prozeß bestand im wesentlichen (nach Dominici, der die Behandlung leitete und die Untersuchung machte) in einer Einschmelzung des größten Teils der Geschwulstzellen und angeblich in der Rückkehr eines Teiles der Sarkomzellen zum normalen Zustand von Bindegewebszellen. Dominici erklärt sich in diesem Punkte folgendermaßen: Die Sarkomzellen sind fixe Bindegewebszellen oder Fibroblasten, d. h. Zellelemente, denen ursprünglich die Potenz innewohnt, Bindegewebsfibrillen und elastische Fasern zu entwickeln, die aber unter dem Einfluß der sarkomatösen Entartung auf eine embryonale Stufe zurückgekehrt sind, auf der eine Resorption der gebildeten Bindegewebsfibrillen und elastischen Fasern erfolgt. Unter dem Einfluß der Radiumwirkung soll nun so etwas Ähnliches wie eine Änderung des biologischen Zellcharakters der Sarkomzellen eingetreten sein, die sich in der wiedergewonnenen Fähigkeit, Bindegewebsfibrillen und elastische Fasern zu bilden, äußert, mit anderen Worten, die Sarkomzellen haben sich unter der Radium-

wirkung wieder zu normalen Fibroblasten differenziert. Der Fall scheint dem Ref. nach dem Vorliegenden nicht genügend geklärt, die zuletzt erwähnte Erklärung vom allgemein pathologischen Standpunkt aus wenig begreiflich.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

7) Brown. Urinary hyperacidity and its relation to neuritis, neuralgia and myalgia. (Bull. of the John Hopkins hospital 1911. Januar.)

Bei der Beurteilung von Fällen von Neuritis, Neuralgie und Myalgie sollte man nie verabsäumen, auch an eine Bestimmung des Säuregrades im Harn zu denken. Manche dieser Kranken kann man durch geeignete diätetische Maßnahmen, insbesondere reichliche Alkaligaben, schnell der Heilung zuführen.

W. v. Brunn (Rostock).

8) Hosemann. Gefäßchirurgie. 17 S. (Antrittsvorlesung.) Rostock 1911.

Übersicht über die Entwicklung der Gefäßchirurgie von der Gefäßunterbindung und Krampfaderbehandlung des Altertums angefangen bis zur modernen Gefäßnaht und Organtransplantation mittels derselben.

W. V. Simon (Breslau).

---

9) Vecchi. Die anatomischen Grundlagen der Chirurgie der Lymphdrüsen: die Regeneration und Neubildung derselben. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

Die wenigen bisher vorliegenden Untersuchungen über Regeneration und Neubildung der Lymphdrüsen nach teilweiser oder gänzlicher Entfernung derselben haben zu widersprechenden Resultaten geführt. Es ist deshalb sehr verdienstlich, daß V. diese wichtige Frage in exaktester Weise experimentell behandelt und einer Lösung zugeführt hat. Seine Versuche erstrecken sich auf 7 Hunde, 13 Kaninchen und 10 Meerschweinchen. Er führte sie nicht an den Achsel- und Leistendrüsen aus, deren vollständige Enukleation schwierig und unsicher ist, indem man bei schwankender Zahl und inkonstantem Sitz derselben leicht kleine Drüsen zurückläßt; vielmehr nahm er die Glandula poplitea oder retrodeltoidea, welche voluminös sind, fast stets vereinzelt und zwischen reichlicher Fettmasse deutlich individualisiert sitzen. Die Tiere wurden wenige Tage bis 7 Monate nach der Drüsenexstirpation getötet, die Lymphbahnen nach dem Gerota-schen Verfahren injiziert. Verf. kam zu folgenden Resultaten:

Nach der totalen Enukleation einer Lymphdrüse beobachtet man nie eine Regeneration derselben. Die Erscheinungen, welche nach der Operation auftreten: Lympherguß, Ödem usw. gehen nach wechselnden Zeitabständen zurück; der Lymphkreislauf stellt sich zum Teil durch präformierte oder neugebildete Kollateralbahnen, zum Teil auf dem alten Wege, welcher sich meistens wieder bildet, wieder her.

Nach der partiellen Resektion einer Lymphdrüse beobachtet man nie eine Regeneration des resezierten Teiles; es bildet sich nur eine Narbe, in deren Nähe man wenige umschriebene Wucherungserscheinungen beobachtet.

Durch Einspritzung feinster Karminkörnchen kann man in den Lymphdrüsen experimentell Wucherungsprozesse hervorrufen, ähnlich wie man sie bei Entzündungen, bösartigen Geschwülsten beobachtet. Unter langdauernder Wirkung

des Reizes wuchern die Drüsenfollikel peripherwärts und bilden Zapfen und Knospen, die in das periglanduläre Bindegewebe einwachsen, immer unabhängiger werden, bis sie schließlich sich ganz abschnüren und vollkommen selbständig werden können. Eine solche Bildung geschieht vorzugsweise in der Richtung des Lymphstroms, längs den abführenden Gefäßen der verletzten Drüse. Sie ist also nicht als eine wirkliche Drüsenneuentstehung, sondern nur als Wucherung und Abspaltung vorhandener Lymphdrüsen zu deuten; ebenso ist beim Karzinom des Menschen eine Neubildung von Drüsen aus Fettgewebe, wie man annahm, nur vorgetäuscht, beruht vielmehr nur auf Abschnürung von Lappen präexistierender Lymphdrüsen durch Bindegewebssepten. Haeckel (Stettin).

---

10) L. Lewin. Das toxische Verhalten von metallischem Blei und besonders von Bleigeschossen im tierischen Körper. (v. Langenbeck's Archiv Bd. XCIV. Hft. 4.)

L. gibt in vorliegender Arbeit einen Überblick über die Schäden, welche durch Einbringung von metallischem Blei in Mund, Magendarmkanal, Respirationswege und Wunden hervorgerufen worden sind. Man muß die Belesenheit und Kenntnis des Verf.s in der alten und neuen Weltliteratur bewundern, die ihn in den Stand setzt, sein Thema historisch interessant zu gestalten. Die Tatsache, daß Blei bei Menschen, welche ein Stück Blei im Körper tragen, in die Sekrete und Exkrete übergehen kann, und eine Sicherheit über den Umfang der Bleiwirkung im Körper von vornherein nicht gegeben werden kann, muß nach L.'s Ansicht genügen, Geschosse aus dem Körper zu entfernen. In den Jahren von 1892 bis heute sind sieben Vergiftungen durch im Körper steckende Bleigeschosse veröffentlicht worden, ein Beweis für die schädliche Wirkung solcher Fremdkörper.

E. Siegel (Frankfurt a. M.).

---

11) M. A. Saressailow und E. W. Telitschenko. Über die Reinigung und Desinfektion der Haut und der Hände bei chirurgischen Operationen mit Jodpräparaten. (Charkower med. Journal 1911. [Russisch.])

Verff. benutzten zu ihren Versuchen Jodbenzin, Jodtinktur und Jodtinktur mit Jodkalium. Sie kommen zu dem Schluß, daß Jodpräparate in allen Formen ebenso wie andere Desinfizientien nicht imstande sind, eine in allen Fällen zuverlässige Sterilisierung des Operationsfeldes und der Hände des Chirurgen zu garantieren. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

12) E. Lay. Nuovo metodo di sterilizzazione del catgut.

13) G. de Pascalis. Ricerche intorno ad un nuovo metodo di sterilizzazione del catgut. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 15. 1911.)

1) L. stellt ein billiges, haltbares, absolut zuverlässiges Sterilcatgut in der Weise her, daß er das Rohcatgut des Handels auf Glas aufrollt und die Rollen in weithalsigen Gläsern mit eingeschliffenen Stöpseln im Trockenofen langsam auf 130° C erhitzt. Nach 20 Minuten wird die Flamme abgestellt und Jodalkohol (1,0 Jod auf 1000 Alkohol 90%) in die abgekühlten Gläser gefüllt.

Das so hergestellte Catgut ist gebrauchsfertig und wurde im Tierexperiment wie in der Klinik mit bestem Erfolge verwendet.

2) P. erhielt durch absolute Entfettung und Austrocknung des Rohcatguts in einem mit gesättigten Thymoldämpfen gefüllten Ofen ein Catgut, das er mehrere

Stunden lang bis zu 140° trocken sterilisieren konnte. Das so gewonnene Catgut zeigte sich absolut steril, haltbar und wurde rasch im Körper resorbiert.

M. Strauss (Nürnberg).

14) Ellice McDonald (Neuyork). Eine verbesserte Methode der Sterilisierung und Aufbewahrung von Catgut. (Deutsche med. Wochenschrift 1911. Nr. 9.)

Verf. empfiehlt nach vieljährigen Versuchen das Einlegen des Rohcatguts zunächst in eine 3%ige Jod-Azetonlösung, in der es 8 Tage liegen bleibt. Dann wird es 4 Tage lang in reinem Azeton aufbewahrt und kommt hierauf in eine Lösung von Azeton (85), Columbian Spiritus (10) und Glyzerin (5), in der es dauernd aufbewahrt wird. Der Methode wird als Vorteil nachgerühmt, daß die verwandten Flüssigkeiten zugleich Fettlösungsmittel und Antiseptika sind und das Catgut weicher und stärker wird, so daß auch die kleinsten Nummern gebraucht werden können.

Deutschländer (Hamburg).

15) F. W. Voos (Mexiko). Beitrag zur Wundbehandlung mit Mastisol (v. Oettingen). (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

Seine im mexikanischen Urwald gemachten Erfahrungen haben Verf. das Mastisol (Mastix-Benzollösung) als ein sehr wertvolles Mittel zum Verband aller Wunden schätzen gelernt; unter Verzicht auf alle weiteren Desinfizientien wird nur der gröbere Schmutz entfernt und dann ein Wundbausch mit der Lösung fixiert. Während V. bei Anwendung der Jodtinktur oft Erytheme, Pustelbildung, Ekzeme usw. auftreten sah, blieben solche Reizerscheinungen beim Aufpinseln des Mastisols gänzlich aus, auch wenn es in die Wunde gelangte; denn V. pinselt es selbst auf Schußwunden und bei Blutung einfach über das Blut weg. Infektionen waren selten, in 6% der behandelten Wunden, während sich früher bei Anwendung von antiseptischen Waschungen oder von Jodtinktur sehr häufig Eiterungen einstellten.

Kramer (Glogau).

16) Thomschke (Metz). Über die Anwendung des Mastixverbandes und der Blutstillungszange Blunk. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 13.)

T. hat die Mastixlösung v. Oettingen's zur Befestigung von Verbandstoffen auf Operationswunden sehr bewährt gefunden, so daß die Bindenumwicklung meist entbehrt werden konnte; ein solcher Mastixverband ist einfach und bequem zu applizieren, billig und für den Pat. eine große Wohltat. Bei frischen Verletzungen bestreicht T. die nicht gereinigte Umgebung der Wunde bis an ihre Ränder mit der Lösung und bedeckt den Wundspalt mit aseptischen Mullkompressen. Da die Mastixverbände leicht Ruß annehmen und schwarz werden, empfiehlt es sich, über sie einen Gazeschleier zu kleben. — Auch für Extensionsverbände ist die Mastixlösung, mit der Köper- oder Flanellstreifen aufgeklebt werden, sehr geeignet. Hautreizungen sind selten.

Mit der Blunk'schen Zange ist T. sehr zufrieden; sie läßt sich leicht handhaben und erspart die Anlegung von Ligaturen, wenigstens bei den kleinen Gefäßen.

Kramer (Glogau).

17) J. Stumpf (Würzburg). Der Bolusverband, ein neuer steriler Wundverband. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

Die Firma E. Merck hat nach S.'s Angaben den Vertrieb eines ganz reinen sterilisierten Boluspräparates und Bolusverbandes (Verbandschläuche und Kompressen) übernommen. Damit ist die Möglichkeit gegeben, die Bolustherapie in bequemer und unschädlicher Weise anzuwenden und zu prüfen, ob ihr die von S. behaupteten Vorteile wirklich zukommen. Verf. empfiehlt die Bolusbehandlung besonders für die Behandlung infizierter und von Infektion bedrohter Wunden; unerläßlich ist ein häufiger (! Ref.) Verbandwechsel, um immer von neuem frischen sterilen Bolus mit der Wunde in Berührung zu bringen. Sehr günstige Resultate sollen damit bei der Behandlung großer Transplantationen erreicht worden sein.

Kramer (Glogau).

---

18) M. Kroznitzky (Köln a. Rh.). Tubus zur Behandlung mit Kohlensäureschnee. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 10.)

Zur Vereinfachung und Verbilligung der Behandlung mit Kohlensäureschnee läßt K. aus der horizontal gelagerten CO_2-Bombe Kohlensäure in ein kleines Instrument einströmen, das aus einem Tubus, einem Stempel und einem Bodengefäß besteht; als Material ist eine Pflanzenfasermasse, Stabilit, gewählt, die sich durch Härte, Glätte und Unempfindlichkeit gegenüber allen Desinfektionsflüssigkeiten und durch vorzügliche Isolation gegenüber Temperaturdifferenzen auszeichnet. Der in dem Tubus befindliche CO_2-Schnee ist also vor unbeabsichtigtem Verdampfen bewahrt; man kann den Tubus mit seinem eisigen Inhalt beliebig oft ohne Schädigung der Hand anfassen. Die Art der Füllung des Tubus mit CO_2 und die der Anwendung wird genau beschrieben. Kramer (Glogau).

---

19) Axmann (Erfurt). Die Kältebehandlung von Hautkrankheiten. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 1911. Nr. 5.)

Für die sich immer mehr einbürgernde Kohlensäureschneebehandlung hat A. ein praktisches Instrumentarium konstruiert (Verfertiger: Louis & H. Löwenstein, Berlin). A. bevorzugt die Vereisung mittels Kohlensäure zur Behandlung von Nävi und kleinen Geschwülsten und empfiehlt sie neuerdings zur Beseitigung von psoriasistischen Plaques, welche manchmal nach anderen Behandlungen zurückbleiben und zu Rückfällen Veranlassung geben.

Gutzeit (Neidenburg).

---

20) T. C. Beebe (Boston). Liquid air in surgery. (Boston med. and surg. journ. 1911. März.)

Verf. weist auf die großen Vorzüge hin, die die flüssige Luft bei der Entfernung oberflächlicher Geschwülste der Haut, wie auch der Schleimhaut des Mundes bietet. Die flüssige Luft ist dem Kohlensäureschnee und auch der Röntgenbehandlung weit überlegen. Verf. hat im Anfang gelegentlich Rezidive erlebt, die aber seltener geworden sind, seit er die flüssige Luft länger und stärker angewandt hat als vorher. Besonders schwer zu erreichende Stellen, wie in einem Falle die Sclera des Augapfels, eignen sich sehr für die Anwendung der flüssigen Luft.

Bucholz (Boston).

21) Esau (Oschersleben). Heißluftbehandlung bei Dermatosen. (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 16.)

E. hebt den Nutzen der Heißluftbehandlung bei juckenden, nässenden Ekzemen, allgemeiner Furunkulose, Keloidentwicklung, Ulcus cruris und seinen Folgen hervor; unerträglicher Juckreiz und Schmerzen wurden rasch zum Schwinden gebracht.

Kramer (Glogau).

22) H. H. Schmid. Zur Behandlung chronischer Eiterungen mit Wismutpaste nach Beck. (Wiener klin. Wochenschrift 1911. Nr. 7.)

In der v. Eiselsberg'schen Klinik wird die Wismutinjektion seit $^1/_2$ Jahre öfter angewendet, und Verf. berichtet über die Erfahrungen, die an 15 Fällen gesammelt wurden, die länger als 2 Monate beobachtet werden konnten. Sie sind kurz folgende:

Die Injektion ist so gut wie schmerzlos und ungefährlich. Sie ist ein ausgezeichnetes diagnostisches Hilfsmittel. Sie besitzt eine ausgezeichnete symptomatische Wirkung (Nachlassen von Schmerzen, Sekretion und Ekzem). In manchen Fällen vollständige Heilung.

In Zusammensetzung und Technik wurden genau die Beck'schen Vorschriften befolgt. Das Fehlen ungünstiger Nebenwirkungen schiebt Verf. zum Teil darauf, daß besonders darauf geachtet wurde, mit Sonde oder Spritze die Granulationen nicht zu verletzen und nicht unter zu starkem Drucke zu injizieren.

Renner (Breslau).

23) Fejés und Gergö. Die Heilwirkung des normalen Tierserums bei eiternden Prozessen. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

F. infizierte Meerschweinchen intraperitoneal zum Teil mit Typhus, zum Teil mit Staphylokokkenkulturen und fand, daß normales frisches Pferdeserum, einige Stunden später eingespritzt, von großer Heilwirkung war; während die nicht mit Serum behandelten Kontrolltiere starben, genasen die mit Serum injizierten. Das Serum führte zu starker Vermehrung der Leukocyten, zu gesteigerter Phagocytose, Zerfall der Leukocyten, Tötung der Bakterien innerhalb der Leukocyten und außerhalb derselben.

G. wandte daraufhin das Verfahren am Menschen an, und zwar bei heißen Weichteilabszessen der verschiedensten Körpergegenden, bedingt hauptsächlich durch Staphylokokkus pyogenes albus, aureus, Streptokokken und Bakterium coli. Unter den 37 mit Injektion von frischem Normalpferdeserum in den Abszeß behandelten Fällen führte 29mal eine einzige Injektion zum Ziel, 8mal mußte die Behandlung wiederholt werden. Vor der Injektion wurde der Eiter aspiriert, der Abszeß so lange mit Serum ausgewaschen, bis das rückaspirirte Serum rein oder etwas blutig gefärbt ist, zum Schluß das gesamte überflüssige Serum aus der Abszeßhöhle abgesaugt. Die Abszesse heilen rascher als nach Inzision, die Nachbehandlung ist einfacher, entstellende Narben fehlen. In einem Drittel der Fälle bildete sich an der Punktionsstelle eine Fistel, die sich aber spätestens nach 2 bis 3 Wochen schloß. Bisweilen trat nach der Injektion Frösteln, Schüttelfrost, Serumexanthem auf. Nicht zu empfehlen ist das Verfahren bei Abszessen, die mehr als 100 ccm Eiter enthalten, bei tiefliegenden Abszessen, bei älteren und dekrepiden Pat., bei denen der Eiterherd schnell und energisch frei zu legen ist, bei infiltrierenden Eiterungen, bei Knochenprozessen, Panaritien.

Haeckel (Stettin).

24) **L. Meoni.** Un caso di tetano curato col metodo Baccelli.

25) **A. Bruno.** Due casi di tetano curati con le iniezioni sottocutanee di acido fenico (metodo Baccelli).

26) **M. Cati.** Un caso di tetano traumatico curato col metodo Baccelli.

27) **G. Finzi.** Tetano e cura del Baccelli.

28) **A. Cordero.** Un caso di tetano guarito colle iniezioni di acido fenico alla Baccelli.

29) **A. Alberti.** Tetano e acido fenico. (Policlinico, sez. prat. XVIII. 12. 1911.)

Unter dem Titel »La cura del tetano« sammelt die Redaktion des Policlinico vorstehende kasuistische Mitteilungen, die alle von der Therapie des Tetanus mit Karbolsäureinjektionen nach Baccelli ausgehen. Die Kasuistik umfaßt 27 mehr oder minder ausführlich mitgeteilte Fälle von Tetanus mit drei Todesfällen und überzeugt von dem Werte der Karbolsäuretherapie, von der Schädigungen des Organismus nicht beobachtet wurden. M. Strauss (Nürnberg).

---

30) **Jochmann (Berlin). Über die Behandlung der örtlichen chirurgischen Tuberkulose mit Trypsin.** (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 3.)

Auf Grund seiner nunmehr 3jährigen Erfahrungen empfiehlt J. die Trypsinbehandlung für kalte Abszesse, tuberkulöse Fisteln, vereiterte tuberkulöse Lymphdrüsen, tuberkulöse Weichteilgeschwüre und Sehnenscheidenhygrome und für Gelenktuberkulose, hauptsächlich für die fistulös-eitrige Synovialtuberkulose. Durch das Trypsin wird nicht nur der käsige Eiter resorptionsfähig gemacht, sondern es erleiden auch die torpiden schwammigen tuberkulösen Granulationen eine Verdauung. An ihre Stelle treten durch den Reiz des Trypsins gesunde, lebensfrische Granulationen, welche die Heilung anbahnen. Meist sind mehrmals wiederholte Trypsineinspritzungen nötig. Der Schmerz ist äußerst gering, eine stärkere örtliche und allgemeine Reaktion selten.

Da auch andere über günstige Erfolge mit der Trypsinbehandlung berichtet haben, so hält sich J. gegenüber den ungünstigen Mitteilungen Sohler's aus der Lexer'schen Klinik (s. den Bericht ds. Bl. über die Naturforscher- und Ärzteversammlung 1910) berechtigt, das Verfahren warm zu empfehlen.

Gutzeit (Neidenburg).

---

31) **H. Maaß (Berlin). Zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter.** (Zeitschrift für ärztl. Fortbildung 1911. Nr. 8.)

Für die Behandlung der chirurgischen Tuberkulose im Kindesalter sind mancherlei besondere Gesichtspunkte maßgebend. Wegen der oft hochgradigen Verstümmelung und Wachstumsstörung muß man mit Eingriffen bei der Skeletttuberkulose sehr vorsichtig sein. Ein um so dankbareres Gebiet für den Chirurgen ist die Hauttuberkulose der Kinder. Bei der Bauchfelltuberkulose kann M. die günstigen Heilerfolge einer zweckmäßig geleiteten inneren Behandlung nur bestätigen, gibt aber für eine Reihe von Fällen, besonders solchen mit großem freiem Exsudat, der Laparotomie unbedingt den Vorzug. Die Hauptwirkung der Laparotomie sieht er in der Beförderung der Resorption des Exsudats und führt darauf auch die zunächst nach dem Bauchschnitt eintretende Verschlechterung des

Allgemeinbefindens zurück. Bei der Epididymitis tuberculosa gibt die Kastration im Zusammenhang mit der infizierten Skrotalhaut sehr gute Resultate. Samenstrang und Prostata finden sich bei Kindern ausnahmslos nicht beteiligt, so daß eine besonders hohe Kastration nicht erforderlich ist.

Bei multipler Tuberkulose im Kindesalter soll man die angreifbaren Herde immer entfernen, da die Eliminierung eines oder mehrerer Krankheitsherde für die Mehrzahl der Kinder einen Vorteil bedeutet. Sie verhütet die fortschreitende regionäre Infektion, verringert die Resorption von Toxinen und begünstigt die Ausheilung der noch im Körper verbliebenen Herde.

Gutzeit (Neidenburg).

---

32) **A. Codivilla. Sul trattamento della tubercolosi ossea ed articolare.** (Sonderabdruck a. d. Verhandl. d. 23. italien. Chirurgenkongresses. Rom 1910.)

In einem ausführlichen, fast 100 Seiten fassenden Bericht legt C. seine Anschauungen über die Therapie der Knochen- und Gelenktuberkulosen nieder. Er betont zunächst die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Behandlung des Gesamtorganismus durch Besserung der hygienischen Verhältnisse in Meeres- oder Höhenluft, intensive Besonnung, reichliche Ernährung. Die aktive Immunisierung nach Bandelier und Röpke scheint in einzelnen Fällen günstig zu wirken, die passive (Marmorek) erscheint dem Verf. weniger aussichtsreich. Die medikamentöse Behandlung dürfte sich lediglich auf subkutane oder orale Joddarreichung beschränken.

Bezüglich der lokalen Behandlung glaubt C., daß die konservative Richtung der letzten Jahre etwas zu weit gegangen ist, und daß in einer ganzen Reihe von Fällen eine frühzeitige, schonende Operation am Platze ist. Hierher sind alle Fälle zu rechnen, in denen der Krankheitsherd leicht entfernt werden kann, ohne größere Funktionsstörungen zu hinterlassen; weiterhin die Fälle, die voraussichtlich einen schweren Verlauf nehmen, der durch die Operation ohne erhebliche Funktionsstörung gemildert werden kann, oder auch die schweren Fälle, bei denen die Operation eine Heilung erhoffen läßt und endlich jene Fälle, bei denen erfahrungsgemäß die Operation ein besseres funktionelles Resultat als die konservative Behandlung erhoffen läßt.

Jeder Eingriff soll möglichst aseptisch und schonend vorgenommen werden, wodurch selbst bei unvollständiger Exstirpation alles Kranken die besten Heilungsbedingungen geschaffen werden.

Röntgenphotographie und Tuberkulinreaktionen sollen zur frühzeitigen Herddiagnose dienen.

Bei der konservativen Therapie ist ausgiebige Immobilisation, Entlastung durch den Streckverband .besonders zu beachten. Kompression und passive Hyperämie scheinen nur in einzelnen Fällen zu wirken, von der aktiven Hyperämie sah C. nur Verschlechterung des Befundes. Den therapeutischen Erfolgen der Röntgenbestrahlung steht C. ebenso skeptisch gegenüber wie den verschiedenen Injektionsbehandlungen, von denen er nur die mit Jodoformglyzerin ein wenig gelten läßt, die die Trypsinbehandlung der Abszesse ersetzen kann.

Mischinfektionen verlangen ausgedehnte oder gar verstümmelnde Eingriffe.

M. Strauss (Nürnberg).

---

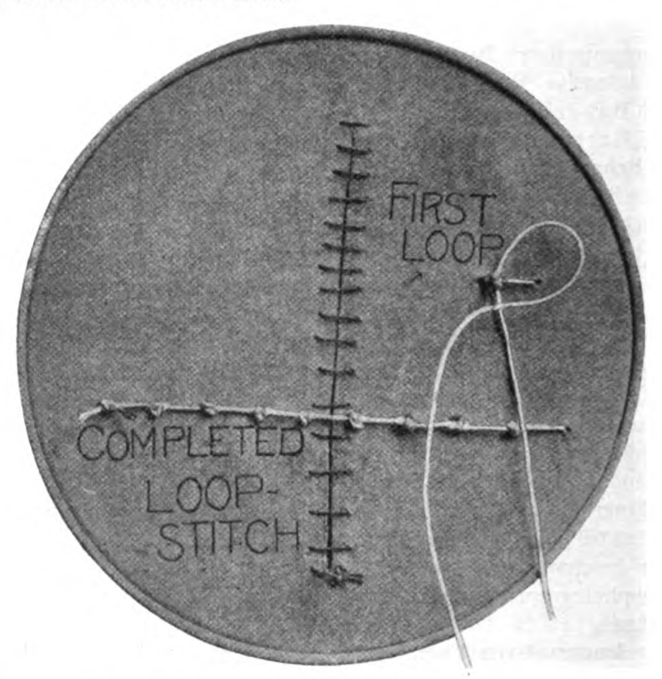
33) **Cole. Transfusion in pellagra.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 8. 1911.)

Bluttransfusion erwies sich dem Verf. in 20 Fällen, und zwar in schweren Fällen, als das beste Heilmittel. Er erzielte damit 60% Erfolge, während man in solchen Fällen bei der sonst üblichen Therapie auf nur 10—20% Erfolge zu rechnen gewohnt ist. W. v. Brunn (Rostock).

---

34) **Eastmann. The approximation of widely reparated wound margins.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LV. Nr. 27. 1910.)

Es gelingt bekanntlich oft nur schwer oder gar nicht, die Ränder weit klaffender Wunden mit einander zu vereinigen, da alle Entspannungsnähte durchschneiden, z. B. nach Operationen wegen Mammakarzinom. Für solche Fälle empfiehlt Verf. fortlaufende Nähte quer zur Richtung des Wundspaltes, jederseits beliebig weit vom Wundrand beginnend, die Haut mehrfach durchsetzend, bei jedem Ausstich ein Knoten, so daß die Kraft des Zuges der Naht auf möglichst viele Stellen der Haut verteilt wird.



Das gleiche Verfahren wendet er auch auf den M. obliquus internus an bei Radikaloperation großer Leistenbrüche, wenn es schwer hält, den Rand des Muskels am Poupart'schen Bande zu befestigen. W. v. Brunn (Rostock).

---

35) **Hugo Hellendall. Über Kochsalztransfusion (eine neue Methode für Privatkliniken und die allgemeine Praxis).** (Med. Klinik 1911. p. 572.)

Dem Kochsalz des Handels sind Chlorkalzium, Brom- und Chlormagnesium, schwefelsaurer und kohlensaurer Kalk beigemengt.

Brauchbare Tabletten müssen im Trockenzustande genügend fest sein und doch in Wasser schnell zerfallen. Daraufhin hat H. verschiedene Handelswaren geprüft (Übersicht). Die Tabletten aus chemisch reinem Kochsalz, die das Bindemittel Dextrin enthalten, lösen sich sehr langsam. Mit ihnen ein keimfreies Kochsalzwasser gebrauchsfertig herzustellen, erfordert im günstigsten Falle 20 Minuten.

H. zieht vor, eine keimfreie Lösung von 8 g Kochsalz in 30 g Wasser in Fläschchen zum Preise von 15 Pf. (Düsseldorf, Pelikanapotheke) mitzuführen. Sie werden zu kochendem Wasser (1 Liter in einem Glasirrigator) hinzugefügt. Man kühlt die keimfreie heiße Lösung nicht an der Luft, sondern — im Laufe von 5 Minuten — in einer Schüssel ab, in die fortwährend kaltes Wasser einfließt.

Georg Schmidt (Berlin).

---

36) **Gatch. Report of a case of extensive skin graft.** (Bull. of the Johns Hopkins hospital 1911. März.)

Ein Neger hatte eine ausgedehnte Verbrennung des ganzen Rückens und der Rumpfseiten erlitten. Die durch Thiersch'sche Läppchen gedeckten Oberflächenpartien waren 212 Quadratzoll groß. Jetzt ist im ganzen Bereich der Transplantation die Haut gegenüber der Fascie verschieblich, keine Neigung zur Keloidbildung. Nur die vom Pat. selbst entnommenen Läppchen heilten an, nicht aber die von verschiedenen anderen Personen gelieferten, ebensowenig auch Amnionstücke.

Abbildungen. W. v. Brunn (Rostock).

---

37) **V. M. Mintz (Moskau). Le catarrhe de la glande mammaire** (Semaine méd. 1911. Nr. 7.)

M. beschreibt auf Grund von sieben Beobachtungen als »Katarrh« der Brustdrüse ein Krankheitsbild, welches durch chronische Absonderung einer gelblich-serösen Flüssigkeit aus einer der Brustdrüsen bei Fehlen irgendwelcher subjektiver Beschwerden gekennzeichnet ist. Es handelt sich um Frauen, welche das 30. Jahr überschritten haben, vor und nach der Menopause. Die Absonderung ist gleichmäßig, nachweisbare Veränderungen in der Drüse und an der Brustwarze sind nicht vorhanden. Der »Katarrh« dauert Jahre hindurch; er kann zugleich mit einem partiellen Adenom, jedoch unabhängig von diesem, vorkommen, er kann sich auch mit einer oberflächlichen eitrigen Mastitis komplizieren. In einem Falle entwickelte sich nach Aufhören des zuvor blutig gewordenen Ausflusses ein Karzinom in der Drüse. M. nimmt an, daß ein der Mastitis chronica cystica analoger pathologischer Prozeß der Erkrankung zugrunde liegt, mit zerstreuten Herden von Desquamation des Drüsenepithels und Absonderung eines Exsudats, welches aus dem subepithelialen Bindegewebe stammt. Mohr (Bielefeld).

---

38) **Richardson. The operative treatment of cancer of the breast.** (Journ. of the amer. med. assoc. Vol. LVI. Nr. 5. 1911.)

R. bedient sich bei Operation des Brustkrebses stets zweier großer Bogenschnitte, die vom Processus ensiformis zum Humerus verlaufen und die Brustdrüse samt großem Hautbezirk umfassen; M. pectoralis major außer der Pars clavicularis fällt stets, M. pectoralis minor meistens mit fort, desgleichen ein Teil des M. latissimus dorsi. Die Wundränder primär zu vereinigen ist R. stets gelungen.

Eine Gegenanzeige ist für ihn dann gegeben, wenn Metastasen oberhalb des Schlüsselbeins vorhanden sind, wenn Infiltration der Haut selbst mit Karzinom beginnt oder wenn die Brustwand bereits befallen ist.

Unter seinen 1500 Brustoperationen sind 4 tödlich verlaufen, davon 2 durch Wundinfektion.

Bei der Besprechung der Prognose werden Zahlenangaben nicht gemacht.

W. v. Brunn (Rostock).

---

39) P. Nadal. La thérapeutique chirurgicale rationelle du cancer du sein et des cancers cutanés en général. (Arch. génér. de chir. V. 3. 1911.)

Verf. geht davon aus, daß bei dem Mammakarzinom trotz der immer ausgiebigeren Operationsmethoden (Handley) die Rezidive nicht seltener werden und die Dauerresultate noch recht geringe sind. Er kommt zu dem Schluß, daß man durch andere Maßnahmen eine Besserung der Operationsstatistik erstreben müsse. Hier wird in erster Linie die Vermeidung aller Traumen betont, durch die Krebskeime in die Lymph- und Blutbahnen getrieben werden und zu Metastasen Veranlassung geben können. Jede unnötige Palpation vor dem operativen Eingriff ist zu vermeiden.

Bei der Operation selbst soll eine Verschleppung von Krebskeimen dadurch vermieden werden, daß die Operation in zwei Zeiten vorgenommen wird. Zunächst soll der Knoten mit seiner nächsten Umgebung exzidiert, der entstandene Defekt durch Raffung verkleinert und dann in einer zweiten Sitzung nach 14 Tagen der Rest in toto exzidiert werden. Der jedesmaligen Operation soll sich die Elektrokoagulation der entstandenen Wundfläche anschließen, die eventuelle Krebskeime zerstören würde, ohne das übrige Gewebe zu schädigen.

Die Achselhöhle soll man nur bei schon tastbaren Drüsen ausräumen, wobei möglichste Schonung des Gewebes zu beachten ist, um nicht die Krebskeime direkt in die Lymph- und Blutbahn zu drängen.

Rezidive sind stets und immer wieder zu entfernen, so lange sie nur entfernbar sind.

M. Strauss (Nürnberg).

---

40) William Mitchel. Cancer of the breast. Amputation and aftertreatment by secondary X-rays of known quality. (Brit. med. journ. 1910. Dezember 31.)

Nach Barkla erzeugen Elemente von hohem Atomgewicht aus Röntgenstrahlen irgendwelcher Art, die auf sie treffen, solche sekundärer Art, die bedeutend resorbierbarer sind und viel stärker ionisieren als die ursprünglichen Strahlen. Von der Stärke der Ionisation der Gewebe aber hängt die Wirkung der Strahlen ab. So empfiehlt M. zur Ausnutzung dieser wissenschaftlichen Entdeckung, die Wunde nach Brustkrebsoperationen mit sterilem Wismutkarbonat zu bedecken und mit Röntgen zu bestrahlen.

Weber (Dresden).

---

41) Werner und Caan. Über die Vorlagerung intraabdomineller Organe zur Röntgenbestrahlung. (Aus dem Samariterhaus zu Heidelberg. Exz. v. Czerny.) (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 11.)

Nach dem Vorgange von C. Beck sind in dem Samariterhause in 13 Fällen inoperable Krebse der Bauchorgane — 9 des Magens, 2 des Mastdarms, je 1 der

Gallenblase und des Eierstocks — durch Freilegung und Vorlagerung der Röntgenbestrahlung zugänglicher gemacht worden. Bei den Krebsen des Magens usw. wurde nach Eröffnung der Bauchhöhle das Peritoneum parietale mit der Haut und dann die gesunde Umgebung der möglichst weit vorgezogenen Geschwulst mit dem Haut-Peritonealrand vernäht (Silkworm). Schwierig war die genügende Vorlagerung der Mastdarmkrebse, die nach Freilegung und Mobilisierung möglichst tief an dem Beckenzellgewebe durch Nähte fixiert wurden. Die Röntgenbestrahlung wurde am 3.—6. Tage aber auch erst später nach der vorbereitenden Operation vorgenommen, hatte niemals einen schädlichen Einfluß auf den Verlauf der Wundheilung und soll infolge Verkleinerung der Geschwülste, Herabsetzung von Stenosenerscheinungen und Schmerzen usw. günstige Erfolge gehabt haben. — Die Verff. empfehlen, die angenähten Organe lange Zeit, eventuell dauernd in ihrer Lage zu belassen, da eine längere Nachbehandlung von besonderem Wert zu sein scheint und so eine bessere Überwachung der weiteren Entwicklung des Leidens möglich sei. Kramer (Glogau).

---

42) Tuffier et Aubourg. Exploration radiologique du gros intestin par le lavement bismuthé. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVIII. Nr. 12. 1911. März 28.)

Die Autoren haben eine große Anzahl röntgenologischer Untersuchungen des Dickdarms in der erwähnten Weise vorgenommen. Diese sind geeignet, nützliche Aufklärung zu geben über die Lage, Form, das Kaliber, die Bewegungen des Dickdarms. Für den Chirurgen besonders wichtig ist die Möglichkeit, mit dieser Methode, ohne jede Gefahr, präzise diagnostische Anhaltspunkte zu gewinnen über Sitz und Grad einer Stenose, Atonie, Dilatation. Ebenso ist es möglich, auf diese Weise die ganze pathologische Anatomie der Splanchnoptosis zu studieren.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

43) J. S. Dubintschik. Über den queren Bauchdeckenschnitt nach Pfannenstiel bei Laparotomien. (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

In der Klinik von D. D. Popow wurde der Pfannenstiel'sche Schnitt 59mal angewendet, und ist Popow mit ihm sehr zufrieden. Doch wurde ein Fall beobachtet, wo nach 7 Tagen die Wunde aufging, die Darmschlingen vorfielen und so eine septische Infektion erfolgte, die zum Tode führte. Es handelte sich um eine 60jährige, sehr erschöpfte Frau mit Gebärmuttervorfall. Der Uterus wurde per vaginam mit letzterer entfernt und Kolpokleisis ausgeführt. Nach Beendigung der Operation sagte ein Assistent, man habe einen Tampon in der Bauchhöhle vergessen. Laparotomie nach Pfannenstiel (in Chloroformnarkose, die Köliotomie vorher unter Rückenmarksanästhesie). Man fand nichts. Exakte Naht der Bauchwand. Nach der Operation Meteorismus, Bronchitis, später beiderseits Pneumonie — das alles führte bei der schwachen Pat. mit schlaffer Bauchwand zum Aufgehen der Wunde. Letztere wurde zum zweiten Male genäht, doch trat 4 Tage später der Tod ein. Gückel (Kirssanow).

---

44) W. M. Iwanow. Über fortlaufende abnehmbar versenkte Matratzennaht aus Seide nach Prof. A. J. Lebedew bei Laparotomien. (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

Mit dem am Ende mit einem gewöhnlichen knöchernen Knopf armierten Seidenfaden wird die Aponeurose nach Art einer Matratzennaht genäht, wobei

die Scheide des M. rectus und nach jeden 2—3 Stichen auch das Bauchfell mitgefaßt wird. Nach Schluß der Wunde wird das andere Ende des Fadens ebenfalls mit einem Knopf armiert. Naht der Haut mittels Michel's Metallklammern. Der Seidenfaden wird nach 11 Tagen leicht entfernt, nachdem der eine Knopf abgeschnitten worden ist. Die Naht wird seit 1905 angewendet und hat sich gut bewährt. Verf. konnte drei solche Narben — 11, 18 Tage und 2 Jahre 5 Monate nach der Operation — mikroskopisch untersuchen und fand sie tadellos. — Die Technik ist abgebildet. Gückel (Kirssanow).

---

45) **W. Baetzner. Parallel fassende Magen- und Darmklemmzange.** (Aus der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Berlin. Prof. Bier.) (Münchener med. Wochenschrift 1911. Nr. 16.)

Das Instrument besteht aus einer geschlitzten oberen, einer soliden unteren, mit Durit überkleideten Klemmbranche und einem Griffteil mit zwei in einem gemeinsamen Drehzapfen vereinigten Schenkeln. Durch die eigenartige Konstruktion ist eine parallele Annäherung der beiden Klemmbranchen, in deren geschlitzter eine Schiene verschieblich angeordnet ist, bei Betätigung der Griffschenkel, eine absolut sichere Schlußfähigkeit bei einfachster Handhabung gewährleistet, ein Ausgleiten der gefaßten Magenteile ausgeschlossen. (Bezugsquelle H. Windler, Berlin. Kramer (Glogau).

---

46) **Hültl (Budapest). Chirurgisches Nahtinstrument für Magen- und Darmnaht.** 21 S. Budapest, Victor Fischer, 1911.

In der Broschüre (es ist nicht klar ersichtlich, ob sie von H. selbst geschrieben ist) wird die Konstruktion eines von H. angegebenen Instrumentes an Hand von Abbildungen auseinandergesetzt. Das Instrument ist eine Parallelzange, mit der man bei Magen- und Darmresektionen — es wird in zwei Größen angefertigt — in kurzer Zeit einen Verschluß des Magens bzw. Darmstumpfes herbeiführen kann, indem der betreffende Magen- oder Darmteil mit Hilfe von U-förmigen Drahtklammern in vier Reihen durchgesteppt wird. Der erzielte Verschluß soll absolut fest und zuverlässig sein. Diese instrumentell geschaffene Draht-Matratzennaht wird dann mit einer manuell gelegten Sero-Serosanaht gedeckt.

W. V. Simon (Breslau).

---

47) **A. Mercier et P. Moulonguet. Contusion abdominale. Mécanisme des lésions viscérales.** (Gaz. des hôpitaux 1911. Nr. 27.)

6 Uhr abends zersprang eine hölzerne Welle, die mit 4000 Umdrehungen rotierte, in drei Stücke. Eines davon im Gewicht von 5 kg traf mit einer Geschwindigkeit von 100 m in der Sekunde einen Heizer an die linke Seite des Beckens, prallte ab und verletzte einen mehrere Meter entfernt stehenden Gehilfen tief am Bein. Der Heizer hatte in der Regio supratrochanterica ein faustgroßes Loch. Die Hautränder sahen geschnitten, nicht gequetscht aus. Die Muskeln waren durchschnitten, die Crista ilei abgesprengt, nach oben gezogen. Vielfache Frakturen der Beckenschaufel. Das Bauchfell war unversehrt, der Bauch weich und flach! Um 10 Uhr starb Pat. in einem Anfall plötzlicher Exzitation.

Sektion: Blut im Becken und den Hypochondrien. Das Peritoneum parietale ist überall unversehrt. Es läßt die Ekchymosen der darunter liegenden Gewebe durchscheinen. Blutaustritte auf der Serosa aller Därme und des Mesenterium, das Mesocolon transversum schwarz von massenhaften Blutaustritten zwischen

seine Blätter. Die Milz ist der Länge nach aufgeplatzt, die Wundränder zertrümmert; sie weist auch mehrere Querrisse auf. An dem obersten Ende des Jejunum 20 cm voneinander entfernt zwei Perforationen mit vorgefallener Schleimhaut. Das Os ilei war wie mit einer Säge geradlinig durchtrennt. In der großen Wunde waren Gefäße und Nerven unverletzt.

Die Verff. erklären sich den Vorgang so: Die plötzliche Druckerhöhung im Bereich der linken Fossa iliaca wurde in allen Richtungen auf die Dünndärme übertragen. Das Jejunum — der entfernteste Dünndarm —, das dem festen Widerstand am nächsten war, wurde an die Wirbelsäule gedrückt und platzte, es übernahm die Rolle der letzten Kugel, die im klassischen Experiment der Elfenbeinkugeln allein ihren Platz verläßt, wenn gegen die erste ein Stoß geführt wird. Nach oben werden die Därme vom Mesocolon transversum bedeckt, das, als Scheidewand ausgespannt, durch den Stoß schwer geschädigt wurde und seinerseits die Milz gegen das Zwerchfell preßte.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

48) **L. Lafourcade. Traitement de la péritonite généralisée.** (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVIII. Nr. 12. 1911. März 28.)

Mitteilung von neun operierten Fällen mit diffuser Peritonitis: fünfmal im Anschluß an Appendicitis, einmal bei Geschwürsperforation des Magens, einmal bei Gallenblasenperforation, einmal bei Brucheinklemmung, einmal bei Berstung einer infizierten Eierstockscyste entstanden. Nur die beiden letzten Fälle endeten tödlich. Weder eine Spülung, noch ein Austupfen des Bauches wurde vorgenommen. Drainage des Douglas'schen Raumes durch ein dickes Drain. Zur Hebung des Blutdruckes Kampfer und Kochsalztropfklistiere (bei Erwachsenen innerhalb 24 Stunden 14—16 Liter, bei Kindern 4—6 Liter), wenn Gefahr im Verzuge intravenöse Kochsalzinfusion. Nach vorheriger Magenspülung wurde Kalomel oder Rizinusöl durch den Magenschlauch in den Magen eingebracht. Bei anhaltendem Erbrechen sind Magenspülungen indiziert. Sobald es der Zustand des Magens gestattet, wurde die normale Ernährung aufgenommen und allmählich gesteigert.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

49) **Waring and Harold Wilson. The treatment of diffuse peritonitis, resulting form gangrene or perforation of the vermiform appendix.** (St. Bartholomews hosp. rep. 1911.)

W. und W. berichten über die günstigen Erfolge bei diffuser Peritonitis (14 Fälle), ausgehend vom gangränösen Wurmfortsatz, durch gründliche Irrigation des ganzen Bauchfells mit Kochsalzlösung, Einlegung von Dauerdrains und Fortsetzung der Irrigationen in der ersten Zeit, nur von einem Schnitt in der Ileocoecalgegend aus.

H. Gaupp (Bromberg).

---

50) **Erich Hesse. Über Wechselbeziehungen des Abdominaltyphus und der akuten Appendicitis.** (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 5.)

Schmerzen und Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend, die häufigen Begleiterscheinungen eines beginnenden Abdominaltyphus, haben verschiedentlich unter Vortäuschung einer Appendicitis zur Operation geführt, wofür H. sechs Fälle aus der Literatur anführt. Aber abgesehen von diesen diagnostischen Irrtümern bestehen mehrfache Beziehungen zwischen Appendicitis und Typhus:

1) Es können zufällig Typhus und Appendicitis zusammentreffen, ohne daß ein ursächliches Verhältnis zwischen beiden besteht. Diese Fälle sind sehr selten. H. bringt aus dem Obuchowhospital in St. Petersburg einen solchen: Operation einer echten Appendicitis 18 Stunden nach Beginn der Erkrankung; seröses Transsudat im Bauch, Appendix frisch in charakteristischer Weise entzündet. Nach 4 Tagen Fieber, Entwicklung eines echten Typhus. Heilung.

2) Entzündung des Wurmfortsatzes als direkte Folge der spezifischen typhösen Erkrankung des lymphoiden Gewebes im Wurm: Appendicitis typhosa. Daß der Typhus im Wurm Veränderungen setzt, angefangen von der markigen Schwellung bis zur Geschwürsperforation, ist nicht auffallend. Aber diese Veränderungen brauchen durchaus nicht das Bild der Appendicitis zu machen, sie können im Gesamtbild des Typhus ganz ohne klinische Symptome verlaufen. Bisweilen aber führen sie zur Entzündung des Wurms mit allen ihren charakteristischen Erscheinungen. Auch hierfür gibt H. ein Beispiel. 18 Tage nach Beginn des Typhus traten alle Erscheinungen einer akuten Appendicitis auf; die Operation ergab, ohne Perforation, reichliches seröses Exsudat und schwer entzündeten Wurmfortsatz. Im Inhalt des Wurms konnten Colibazillen, keine Typhusstäbchen nachgewiesen werden; Heilung.

3) Endlich können die typhösen Geschwüre im Wurm zu Verwachsungen, Knickungen und Stenosen führen; diese können dann in der Rekonvaleszenz oder auch späterhin Anlaß zu einer akuten Appendicitis geben: Appendicitis posttyphosa.

Haeckel (Stettin).

---

51) Mark und Pap (Temesvár). Über einen Fall von Appendicitis bei gleichzeitigem Vorhandensein von Typhus abdominalis. Appendektomie. — Heilung. (Wiener med. Wochenschrift 1911. Nr. 15.)

Ein an chronischer Appendicitis leidender Mann war wegen eines akuten Anfalls aufgenommen und operiert worden. Bei der Operation fanden sich die Mesenterialdrüsen und die Wand des unteren Ileum infiltriert. Für Typhus sprachen weiterhin der klinische Verlauf und der positive Ausfall der Widal-Ficker'schen Reaktion. Der exstirpierte Wurmfortsatz zeigte die Symptome chronischer Entzündung mit Geschwürsbildungen. Es trat Heilung ein.

Appendicitis und Darmtyphus liefen parallel nebeneinander her.

Erhard Schmidt (Dresden).

---

52) Miller. On the coincidence of volvulus and real or simulated strangulated hernia. (Annals of surgery 1911. Februar.)

Volvulus kann in einem Bruchsack Anzeichen hervorrufen, die eine Brucheinklemmung vortäuschen; andererseits kann aber Volvulus mit einer Brucheinklemmung vergesellschaftet sein. In letzterem Falle kann der Volvulus einen Teil oder den ganzen Bruchinhalt betreffen, oder es handelt sich um einen Volvulus des Dünndarms, von dem eine Schlinge in den Bruchsack gleitet oder um einen Volvulus oberhalb oder unterhalb der eingeklemmten Hernie, oder er tritt sofort nach der Reposition oder längere Zeit erst nach derselben ein.

Herhold (Brandenburg).

53) J. J. Halpern. Die gutartigen Erkrankungen des Magens und Duodenums und ihre chirurgische Behandlung. Diss., Twer, 1910. [Russisch.]

Die Arbeit basiert auf 165 Fällen aus den Jahren 1899—1908, beobachtet im Gouvernementskrankenhaus in Smolensk, operiert von S. J. Spassokukotzki und dem Verf.

Es werden folgende Schlußfolgerungen gezogen:

1) Bei jeder Gastroenterostomie sollen die anatomischen Veränderungen nicht nur durch Tastung des Magens von außen, sondern durch sorgfältige Austastung der Mucosa durch die für die Gastroenterostomie gemachte Öffnung erforscht werden. 2) Die bisherigen Angaben über offene und vernarbte Geschwüre sind aus dem eben genannten Grunde unzuverlässig. 3) Die Gastroenterostomie gehört zu den wenig gefährlichen Eingriffen. 4) Die Mehrzahl der Rezidive nach der Gastroenterostomie tritt im 1. Jahre nach der Operation auf. 5) die Gastroenterostomie bei Narbenstenosen und Geschwüren des Pylorus gibt recht gute Dauerresultate. 6) Etwas schlechter sind die Erfolge der Gastroenterostomie bei außerhalb des Pylorus gelegenen Geschwüren. 7) Die Dauerresultate der Resektion und Exstirpation der außerhalb des Pylorus gelegenen Geschwüre sind — nach der Literatur und den eigenen Erfahrungen — nicht besser als die der Gastroenterostomie. Die Sterblichkeit ist nach Resektionen um ein Vielfaches höher als nach Gastroenterostomie. 8) Die Resektion des Magens ist nur erlaubt a. bei Verdacht auf maligne Entartung des Geschwürs, b. bei vollkommener Zugänglichkeit des Geschwürs und leichter Ausführbarkeit der Operation (vordere Wand, große Kurvatur), wenn die Austastung ergibt, daß nur das eine Geschwür vorhanden ist. 9) Im Falle der Resektion empfiehlt es sich, eine Gastroenterostomie hinzuzufügen, um so die Verhältnisse bezüglich eines Rezidivs möglichst ungünstig zu gestalten.

V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

54) Schlesinger und Nathanblut. Über Erfolge und Aussichten einer konservativen Therapie des Sanduhrmagens, nebst Beiträgen zur röntgenologischen Diagnostik desselben. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 5.)

Es herrscht jetzt wohl allgemein die Ansicht, daß der Sanduhrmagen stets die Operation indiziere. Verff. berichten nun über zwei Fälle, in denen die Pat. die vorgeschlagene Operation ablehnten und durch strenge Geschwürskur mit nachfolgender strenger Schonungsdiät außerordentlich gebessert wurden; beide befinden sich seit Monaten in einem so vortrefflichen Gesundheitszustand, wie sie ihn seit einer langen Reihe von Jahren nicht gekannt haben. Man muß annehmen, daß Ulzerationen oder Erosionen an der Stenose durch die Therapie günstig beeinflußt worden sind, so daß Spasmen und Schmerzen schwanden.

Es wird ferner darauf hingewiesen, daß das röntgenologische Bild oft eine viel stärkere Stenose vortäuscht, als sie in Wirklichkeit ist; in dem einen Falle muß sie um das Mehrfache weiter gewesen sein, als es nach dem Röntgenbilde scheinen mußte. Faltenbildung und Spasmen verengern die Lichtung weit über die organische Stenose hinaus. Fälle von Sanduhrmagen, in denen eine erhebliche Besserung in wenigen Wochen erzielt wird, brauchen demnach nicht unbedingt operiert zu werden. Um aber bei derartigen Pat. symptomlos verlaufende Verschlimmerungen nicht um sich greifen zu lassen, sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen in Zeitabständen von 6—12 Monaten vorzunehmen.

Haeckel (Stettin).

---

55) Mauclaire. Ulcère cancéreux annulaire mediogastrique. Estomac en sablier. Resection. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

Die 39jährige Pat. bot klinisch eine sehr bewegliche Bauchgeschwulst zwischen Nabel und Processus xiphoideus. Seit einem Jahre hatte sie beträchtliche funktionelle Magenstörungen: häufiges Erbrechen, enorme Abmagerung. Bei der Laparotomie fand sich ein Sanduhrmagen. Es wurde die im Titel erwähnte Operation ausgeführt. Die histologische Untersuchung ergab die Einschnürung des Magens durch eine karzinomatöse Wucherung bedingt, die zirkulär die Magenwand befallen und die Magenlichtung hier verengt hatte.

G. E. Konjetzny (Kiel).

---

56) Escatto. Ulcus jejuni nach Gastroenterostomie. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

Unter 182 Gastroenterostomien der Utrechter chirurgischen Klinik wurde nie ein Ulcus jejuni beobachtet; davon waren 176 nach Hacker mit möglichst kurzer Schlinge, 6 nach Woelfler ausgeführt. Nach den Erfahrungen anderer Operateure an großen Reihen von Gastroenterostomien steht fest, daß bei der hinteren das Ulcus jejuni sehr viel seltener entsteht als bei der vorderen und bei der Y-Methode. E.'s Tierexperimente bestätigen das. Von 7 Hunden mit Gastroenterostomia retrocolica post. bekam keiner, von 7 Hunden mit Y-Gastroenterostomie an der vorderen oder hinteren Magenwand bekamen 6 ein Ulcus jejuni, viele sogar mehrere Geschwüre; dabei wurde stets der Pylorus vollständig durchtrennt. die mechanische Schädigung war bei allen die gleiche, die Nähte wurden bei angelegten Klemmen ausgeführt. E. kommt zu dem Resultat, daß das Ulcus jejuni durch die Einwirkung des sauren Magensaftes auf die Darmschleimhaut entsteht; die Schleimhautschädigung infolge des mechanischen Traumas bei der Operation spielt keine wesentliche Rolle dabei. Die Methoden, welche die Neutralisierung des sauren Magensaftes durch Galle und Pankreassaft verhindern oder erschweren, die Roux'sche Y-Methode und die Braun'sche Anastomose, sind deshalb zu verwerfen, da sie zum Ulcus jejuni disponieren. Die größte Sicherheit gegen dessen Bildung bietet die Hacker'sche Gastroenterostomia retrocolica posterior.

Haeckel (Stettin).

---

57) Schneller. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Funktion des Magens nach Gastroenterostomie und Pylorusresektion. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXII. Hft. 5.)

S. hat auf der Leube'schen Klinik in Würzburg aufs genaueste mit allen modernen Hilfsmitteln, vor allem auch dem Röntgenverfahren die Funktion des Magens nach Gastroenterostomie und Pylorusresektion an Pat. studiert, die auf der chirurgischen Abteilung operiert worden waren. Die Untersuchungen erstrecken sich auf 25 Kranke, nachdem vorher an einer Anzahl anderer Operierter volle Sicherheit in der Beherrschung der Untersuchungsmethoden gewonnen worden war; unter diesen war bei 13 die Gastroenterostomie im Anschluß an eine Pylorusresektion (Billroth II) und bei 12 die einfache Gastroenterostomie unter Offenlassung des Pylorus gemacht worden. Zwischen den Nachuntersuchungen und der Operation lag ein Zeitraum von 14 Tagen bis zu 3 Jahren. Um einen Vergleich dieser an kranken Mägen vorgenommenen Operationen zum Verhalten

des normalen Magens nach Gastroenterostomie zu haben, stellte Verf. Experimente an Hunden an, bei denen gleichfalls die Benutzung des Röntgenschirms sehr wertvolle Resultate gab.

Aus den zahlreichen wichtigen Ergebnissen der Einzeluntersuchungen seien folgende hervorgehoben:

Durch die Gastroenterostomie wird die Entleerung des Magens wohl bis zur Norm, aber nicht darüber hinaus gesteigert. Die Entleerung durch die Anastomoseöffnung erfolgt nicht kontinuierlich, sondern in Schüben; denn der Muskeltonus hält die künstliche Magen-Darmverbindung in der Regel geschlossen. Die Speisen müssen durch ihre Schwere erst einen gewissen Druck ausüben, ehe sie die Anastomose öffnen und in den Darm gelangen. Aber auch jetzt fließt der Mageninhalt nicht einfach ständig über, vielmehr schützt sich der Darm durch Kontraktionen gewissermaßen selbst vor einer Überschwemmung mit ungenügend vorbereitetem Speisebrei und erzwingt Unterbrechungen im Speiseabfluß. — Trotz Gastroenterostomie geht bei durchgängigem Pylorus stets ein Teil der Nahrung durch diesen. — Die Entleerung oder der Verschluß des Pylorus bedingt nicht ohne weiteres eine leichtere Entleerung wie die einfache Gastroenterostomie. Die Entleerungszeit des pyloruslosen Magens wechselt. Stauung im resezierten Magen beweist nicht ohne weiteres eine ungenügende Funktion der Anastomosenöffnung. — Die Gastroenterostomie bedingt stets eine Verschlechterung der Magenverdauung. — Die Stagnation des abfließenden Mageninhalts im Darmschenkel ist für die Entstehung des Jejunalgeschwürs nur von untergeordneter Bedeutung.

Haeckel (Stettin).

---

58) **St. Ciechanowski. Über Darmemphysem.** (Virchow's Archiv Bd. CCV. p. 170.)

Verf. gibt unter Mitteilung zweier eigener Beobachtungen von Darmemphysem eine sehr ausführliche Zusammenfassung unserer Kenntnisse dieses seltenen Krankheitsprozesses in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht. Die Literatur ist zusammenfassend berücksichtigt. Über den Rahmen eines kurzen Referates geht die Arbeit wesentlich hinaus. Doering (Göttingen).

---

59) **Hans Hübner. Volvulus des gesamten Dünndarms und aufsteigenden, nebst einem Teile des queren Dickdarms bei Mesenterium ileocolicum commune nach Exstirpation einer Mesenterialcyste.** (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 427.)

Bei einem 3jährigen Kinde stellten sich nach der Exstirpation einer Chyluscyste des Mesenterium ileusartige Symptome ein, die bald zum Tode führten. Bei der Autopsie fand sich dann eine Drehung fast des gesamten Dünndarms und eines Teiles des Dickdarms um die Mesenterialachse. Die pathologische Lage des Darmes ist durch eine Anzahl Skizzen erläutert; die Auseinandersetzung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Zustandekommen des Volvulus und der Exstirpation der Cyste geht ebenso über den Rahmen eines kurzen Referates hinaus, wie die im Eingang der Arbeit stehende zusammenfassende Besprechung der Literatur über die Entstehung des Mesenterium ileocolicum commune. Doering (Göttingen.)

---

60) Eliot and Corscaden. Intussusception with special reference to adults. (Annals of surgery 1911. Feburar.)

In der fleißigen Arbeit werden 327 aus der Literatur gesammelte Fälle von Intussuszeption bei Erwachsenen kurz beschrieben. Das Material ist eingeteilt in 1) Fälle, in welchen die Intussuszeption durch gutartige (61, fast $^1/_4$ aller Fälle) und 2) in welchen sie durch bösartige Geschwülste hervorgerufen wurde, 3) solche ohne Ursache, 4) solche mit anderen Ursachen als Geschwülsten (hauptsächlich Traumen), 5) solche, in denen die Intussuszeption durch ein Meckel'sches Divertikel bedingt war. Während bei Kindern intestinale Störungen nach unzweckmäßiger Nahrung und Entzündungen am Proc. vermiform. die Hauptursachen bilden, sind es bei Erwachsenen mehr Geschwülste, Traumen und Ulzerationen. Das Meckel'sche Divertikel kommt bei beiden gleichmäßig oft ätiologisch in Betracht. Die einzelnen Gruppen der Krankheitsfälle zerfallen in zwei Abteilungen, und zwar solche, bei denen die Intussuszeption akut ohne vorherige Erkrankung eintrat, und in chronische, in welchen Krankheitserscheinungen, wie Verstopfung, kolikartige Schmerzen u. a. vorhergingen. Das wichtigste diagnostische Zeichen ist die bei kolikartigen Schmerzen erscheinende und anwachsende und in der schmerzfreien Zeit abschwellende und verschwindende Geschwulst. Die Behandlung soll möglichst früh operativ sein. Herhold (Brandenburg).

---

61) Lieblein. Einige Bemerkungen zur Frage der Prognose der ausgedehnten Dünndarmresektionen. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. Chirurgie Bd. XXIII. Hft. 1.)

Gegenüber der Geringschätzung, mit der man bisher ausgedehnte Dünndarmresektionen bezüglich ihrer Folgen für den Haushalt des menschlichen Organismus zu behandeln pflegte, weiß man jetzt, daß nur der Verlust der guten Hälfte des Dünndarms, also im Durchschnitt etwa von 300 cm und etwas darüber, auf die Dauer gut vertragen wird. Einer Klärung harrt noch die Frage, ob Unterschiede bezüglich der Prognose bestehen, je nachdem durch die Resektion der obere oder der untere Dünndarmabschnitt in Wegfall kommt; manche Autoren behaupten, daß das Ileum leichter entbehrt werden könne als das Jejunum. Dem widerspricht L. auf Grund der vorliegenden Tierexperimente und der Beobachtungen am Menschen nach ausgedehnten Dünndarmresektionen. Danach steht fest, daß bezüglich der Resorption stickstoffhaltiger Nahrung ein wesentlicher Unterschied zwischen Jejunum und Ileum nicht besteht und demnach diesbezüglich der Ort der Resektion für die Prognose nicht in Betracht kommt; dagegen ist für die Fettresorption das Ileum der wichtigere Dünndarmabschnitt; sein Ausfall ist deshalb für den Organismus als schwerer wiegend anzusehen als der Ausfall des Jejunum. Die Ausnutzung der Kohlehydrate ist zwar in den oberen Dünndarmabschnitten eine bessere, aber auch in den unteren noch nahezu vollkommen.

Haeckel (Stettin).

---

62) Giuseppe Bolognesi. Der Verschluß der Mesenterialgefäße. (Virchow's Archiv Bd. CCIII. p. 213.)

Nach eingehender kritischer Besprechung der einschlägigen Literatur teilt Verf. Versuche mit, die er an Kaninchen anstellte. Er komprimierte bei diesen Tieren Mesenterialgefäße für eine Reihe von Stunden, bzw. unterband sie, falls eine dauernde Zirkulationsstörung gesetzt werden sollte. Die Resultate waren sehr verschieden: Neben einer Reihe von Fällen, in denen, abgesehen von leichten

Schädigungen der Schleimhaut, Nachteile nicht nachgewiesen werden konnten, fanden sich in anderen anämische oder hämorrhagische Infarkte, auf die Peritonitis mit oder ohne Gangrän der Darmschlinge folgte. In anderen Fällen zeigte sich eine einfache Atrophie der Darmwand, häufig auch eine Verengerung der Därme und Verwachsungen der geschädigten Schlinge, die histologisch Ödem und Bindegewebsverdichtung, besonders in der Submucosa und Subserosa aufwies. Literatur! Doering (Göttingen).

---

63) F. Stolzenberg. Über Hernia bursae omentalis mesocolica. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 470.)

Bei der Autopsie eines 37jährigen Mannes, der lange Zeit an Magenbeschwerden gelitten hatte, fand sich im Mesokolon ein für 4 Finger bequem durchgängiges Loch, durch das der gesamte Dünndarm in die Bursa omentalis eingetreten war. Er war jedoch dort nicht liegen geblieben, sondern hatte durch einen Riß des kleinen Netzes wieder seinen Weg nach vorn in die Bauchhöhle genommen. In der Bursa omentalis lagen nur einige Ileumschlingen. Das Foramen Winslowii war frei und offen. Zusammenstellung aller derartigen Fälle aus der Literatur.

Doering (Göttingen).

---

64) Wilson. Diverticula of the lower bowel; their development and relationship. (Annals of surgery 1911. Februar.)

Bericht über 15 Fälle von am Dickdarm sitzenden Divertikeln bei Leuten zwischen 41 und 73 Jahren, 9 Männern und 6 Frauen. Die Krankheitserscheinungen bestanden durchschnittlich $2^1/_2$ Jahre. Wenn sich ein Divertikel mit Kot füllt, so entsteht ein entzündlicher Prozeß in demselben, der zunimmt, sobald die Öffnung des Divertikels ganz verlegt wird. Unter den 15 Fällen waren 3 von Peridivertikulitis, in welchen die Schleimhaut nicht beteiligt war. Diese Peridivertikulitis entsteht durch Hindurchtreten von Bakterien durch die verdünnte Wand in das peridivertikuläre Fett. Die Krankheitserscheinungen waren dieselben wie bei Bauchfellentzündung oder bei durch Druck hervorgerufenem Darmverschluß. In 4 Fällen hatte sich aus der Entzündung des Divertikels ein Karzinom entwickelt. Verf. glaubt, daß dieses letztere dadurch hervorgebracht wird, daß das durch narbige Vorgänge isolierte Epithel der Schleimhaut des Divertikels degeneriert oder proliferiert, und daß es im Anschluß an die Proliferation zu einer Infiltration der Wand kommt. Nach seiner Ansicht entstehen auf diese Weise manche am Blinddarm, der Flexur und dem Mastdarm beobachtete Karzinome.

Herhold (Brandenburg).

---

65) Marro. The restoration of fecal continence after iliac colostomy. (Annals of surgery 1911. Februar.)

Um bei inoperablem Mastdarmkrebs einen künstlichen After anzulegen, verfährt M. folgendermaßen: 1) Laparotomie und Vorziehen der Geschwulst, Resektion eines 8 Zoll langen Teiles des Mesenterium proximal von der Geschwulst und Durchtennen des Dicckdarms oberhalb dieser vermittels Paquelin zwischen zwei Klammern. 2) 2 Zoll langer Schnitt in der Höhe der Darmbeinstachel am äußeren Rande des M. rectus durch sämtliche Schichten bis zur Eröffnung der Bauchhöhle, Hindurchziehen des proximalen durch die Resektion des Mesenterium mobilisierten 8 Zoll langen Darmteils aus dieser zweiten Wunde von der Laparotomiewunde her, so daß er unter dem Bauchfell und dem M. rectus liegt.

3) Zweiter, 2 Zoll langer, nur die Haut durchtrennender Schnitt am untersten Rande des Rectus 3 Finger breit oberhalb des ersten. Herstellung eines subkutanen Tunnels vermittels einer stumpfen Zange von dieser oberen Hautöffnung zur unteren und Hindurchziehen des mobilisierten oberen Darmendes durch diesen Tunnel, nachdem vorher die Schleimhaut noch einmal verschorft wurde. 4) Versenken des unteren, die Geschwulst enthaltenden Darmendes nach Verschorfung, Einstülpung und Verschluß der Lichtung. Ein einfaches Band, das dicht oberhalb der Darmbeinstacheln um den Leib gelegt wird, kann durch Anziehen den Stuhl regulieren, weil es durch Druck den in dem subkutanen Tunnel liegenden Darm zu verschließen vermag. Durch die zweifache Knickung, die der Darm durch das Ein- und Ausleiten aus dem Tunnel erleidet, wird ein Schleimhautvorfall verhindert und auch bei nicht flüssigem Stuhl eine Regulierung erzeugt. Dieser künstliche After funktionierte in drei Fällen inoperabler Mastdarmkrebse sehr gut.

Herhold (Brandenburg).

---

66) Makins. Retroperitoneal and mesenteric cysts of a simple natur. (Annals of surgery 1911. März.)

Es werden geschildert zwei Fälle von retroperitonealen zwischen den Blätterr des Bauchfells gelegenen Cysten; in dem einen wurde durch Exstirpation, in dem zweiten, dem ein Trauma vorhergegangen war, und in dem wegen mannigfacher Verwachsungen die Exstirpation nicht gelang, durch Spaltung und Tamponade Heilung erzielt. Ferner werden besprochen zwei Fälle von zwischen den Blättern des Mesenterium des Dünndarms liegenden Cysten; beide betrafen Kinder; in beiden konnte die Exstirpation nur mit Resektion eines Teiles des Dünndarms erfolgen. Ein Kind genas, das andere starb im Anschluß an die Operation. Diese Cysten haben einen lymphatischen Ursprung; ihre Wand besteht aus fibrösem Gewebe; Endothel fehlt, Blutungen in die Cysten sind nicht selten. Die klinischen Symptome resultieren aus dem Verdrängtsein der Därme, sie können lange latent bleiben. Verwechslungen mit anderen Cysten des Unterleibes sind leicht möglich. Die Behandlung unilokulärer Cysten ist oft nicht möglich.

Herhold (Brandenburg).

---

67) Auvray. Peritonite enkystée ou pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons. (Gaz. des hôpitaux 1910. Nr. 136.)

Die 40jährige Pat. hatte seit ungefähr 4 Monaten geringe Schmerzen im Hypogastrium. Am 27. IV. 1910 stolperte sie und schlug mit der rechten Seite von Thorax und Unterleib heftig auf das Pflaster. Sie hatte starke vorübergehende Schmerzen. In der Nacht vom 29. zum 30. plötzlich ein intensiver Schmerz im Rücken in der Gegend des II. und III. Lendenwirbels, auf diese Stelle beschränkt. 1. V. Der Schmerz lokalisiert sich in der rechten Lendengegend. 2. V. Nach Milchgenuß Erbrechen. Hartnäckige Verstopfung. 5. V. Stuhlgang, trotzdem Erbrechen. Inzwischen ist der Leib stärker geworden. 9. V. Aufnahme ins Krankenhaus.

Der Leib der sehr heruntergekommenen Pat. war aufgetrieben, links noch etwas eindrückbar, rechts hart. Mit Mühe war eine fluktuierende Resistenz zu fühlen, die in der Nierengegend lokalisiert wurde. Die Tastung dieser beträchtlichen Masse war nicht schmerzhaft. Der Perkussionsschall des Bauches war hochtympanitisch, abgesehen von den abhängigen Partien; die Leberdämpfung war verkleinert. Puls 144. Hartnäckige Verstopfung. — Der Ileus zwang schließ-

lich zur Operation: Schnitt rechts vom Nabel. Colon ascendens und hepatischer Teil des Colon transversum stark gebläht. Pylorischer Teil des Magens und übriges Colon transversum waren platt an die vordere Bauchwand gedrückt, durch eine dahinter liegende Masse, vor der das Lig. gastrocolicum zu liegen schien, das verdickt aussah. Beim Versuch, das Kolon vom Magen zu trennen, riß das Lig. gastrocolicum ein und es spritzte weithin ein Strahl wasserheller, leicht gelblicher Flüssigkeit. Es mögen 3 Liter entleert worden sein, und zwar aus der Bursa omentalis. Das Foramen Winslowii schien obliteriert zu sein. An den Begrenzungen der Bursa war nirgends etwas Krankes zu finden. Die Höhle wurde trockengelegt und ein dickes, langes Drain darin liegen gelassen. Ein kleines Drain in den unteren Wundwinkel. Bauchnaht. Das Drain wurde allmählich gekürzt und am 19. Tage entfernt. Nach der Operation erbrach Pat. Kot. Sie erholte sich langsam und genas.

Die Flüssigkeit, die aus dem Drain kam, enthielt keinen Zucker, kein Trypsin, keinen Pankreassaft. V. E. Mertens (Zabrze O.-S.).

---

68) Lucien Picqué. Splénomegalie. Exstirpation. Guérison. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVII. Nr. 11. 1911. März 21. 1911.)

Exstirpation einer 2,1 kg schweren Milz bei einer 63jährigen Frau. Nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um eine Splenomegalie vom Typ Banti. G. E. Konjetzny (Kiel).

---

69) J. W. Prudnikow. Ein Fall von Wandermilz nach mehrfachen Geburten und ihre Entfernung. (Russki Wratsch 1911. Nr. 13.)

46 Jahre alte Frau, IXpara, seit 16 Jahren Geschwulst im Unterleib. Die Geschwulst ist die äußerst bewegliche Milz, kindskopfgroß, und steigt bis ins kleine Becken hinab. Anaemia splenica vom chlorotischen Typus, Hernia lineae albae, kindskopfgroß. Splenektomie und Herniotomie. Verlauf zuerst gut, am 10. Tage wird der Puls schwächer, am 11. fadenförmig, und unter zunehmender allgemeiner Schwäche tritt der Tod ein. Die Sektion ergab Thrombose, die in der Milzvene begann und auf die Pfortader und die Venen in der Leber selbst überging. Keine Infektion. P. erklärt die Thrombose durch erhöhte Gerinnungsfähigkeit des Blutes infolge Anämie. Gückel (Kirssanow).

---

70) Walther. Kystes hydatiques multiples du foie et de l'abdomen. Kyste juxta-appendiculaire. (Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome XXXVIII. Nr. 13. 1911. April 4.)

Der 30jährige Mann wurde 1906 zum ersten Male wegen vier Echinokokkencysten der Leber, ein zweites Mal 1910 wegen sechs Leberechinokokken und Anfang 1911 wegen multipler Echinokokkencysten des Bauches operiert. Einige Monate nach der letzten Operation bekam Pat. kolikartige Leibschmerzen. Anfang Januar d. J. traten plötzlich heftige Schmerzen in der Ileocoecalgegend mit galligem Erbrechen auf. Die Temperatur stieg bis 38°. In der Ileocoecalgegend war eine deutliche Bauchdeckenspannung und heftiger Druckschmerz vorhanden. Einige Tage später war hier eine sichere, etwa olivengroße Geschwulst zu fühlen, median von ihr eine zweite, gleich große. Bei der Operation fanden sich ein multilokulärer Echinokokkus in der Ileocoecalgegend und mehrere Cysten im Netz. Exstirpation

derselben. Aus dem Inhalt der ersten Cyste wurden Staphylokokken in Reinkultur gezüchtet. Die wiederholt ausgeführte Komplementbindungsreaktion war positiv ausgefallen. G. E. Konjetzny (Kiel).

---

71) Leo Plenk. Zur Kenntnis der solitären Lebercysten. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 335.)

Verf. beschreibt eine mannskopfgroße Cyste, die sich im linken Leberlappen entwickelt und das Parenchym desselben durch Druck zur Atrophie und zum Schwund gebracht hatte. Auf Grund der anatomischen und histologischen Untersuchungen ist die Cyste als Gallengangscyste aufzufassen, und zwar muß sie aus einem accessorischen oder aberrierten Gallengang entstanden sein, da es sich um eine einfache, glattwandige, einkammerige Cyste handelte und sämtliche Gallengänge sowohl des rechten als auch des linken Leberlappens unverändert und sämtlich sondierbar waren. Der rechte Leberlappen war stark hypertrophisch.

Doering (Göttingen).

---

72) B. Hippel. Zur Kenntnis der Mischgeschwülste der Leber. (Virchow's Archiv Bd. CCI. p. 326.)

In einer Lebergeschwulst, die bei der Sektion eines $1^3/_4$jährigen Kindes gefunden wurde, konnte Verf. mikroskopisch neben reichlich ausgebildetem Adenomgewebe Knorpelgewebe, verstreut liegende Gruppen von Epithelzellen mit zentraler Verhornung und große Massen eines pigmentähnlichen Körpers nachweisen. Sie ist als kongenitale Mischgeschwulst aufzufassen. Primäre Störung in der Entwicklung der Leber ist die Ursache der Geschwulstbildung gewesen. Die scheinbar heterotopen Gewebselemente — Plattenepithel mit Verhornungen, Knorpelgewebe — sind durch Metaplasie entstanden.

Doering (Göttingen).

---

73) Long. The importance of preserving the gall-bladder in operations upon the gall passage. (Annals of surgery 1911. März.)

Nach des Verf.s Ansicht wird heutzutage viel zu häufig die Gallenblase exstirpiert anstatt eine einfache Cholecystostomie anzulegen. Karzinom, Gangrän und enorme Erweiterung der infizierten und ulzerierten Gallenblase läßt er als Indikation zur Exstirpation gelten, in den übrigen Fällen, selbst bei nicht zu lange bestehendem Empyem, will er nur die Cholecystotomie angelegt wissen. Die Drainage bietet nach ihm die einzige Gewähr der vollen Befreiung von sämtlichen Resten der Infektion des Gallengangssystems. Nach Exstirpation der Gallenblase treten nach seiner Ansicht leicht Erweiterungen des D. hepaticus und des Choledochus sowie auch unter Umständen Pankreatitis wegen der anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen Gallenblase und Bauchspeicheldrüse ein. Verf. hat einen Fall von Pankreatitis durch Drainage der Gallenblase geheilt.

Herhold (Brandenburg).

Originalmitteilungen, Monographien und Sonderdrucke wolle man an *Prof. E. Richter* in Breslau (Kaiser Wilhelmstraße 115), oder an die Verlagshandlung *Johann Ambrosius Barth* in Leipzig einsenden.

Für die Redaktion verantwortlich: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Richter in Breslau.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.

Internationale Bibliographie.

Archiv f. mikroskopische Anatomie. I. Abtlg. f. vergleich. u. experimentelle Histologie u. Entwicklungsgeschichte. II. Abtlg. f. Zeugungs- u. Vererbungslehre, hrsg. v. O. Hertwig u. W. Waldeyer. 77. Bd. 1. Heft. (S. 1—85 u. 1—95 mit 27 Fig. u. 7 [1 farb.] Taf.) gr. 8⁰. Bonn, F. Cohen '11. 12.—

Bach, Ludw., u. *R. Seefelder*, Atlas zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Auges. 1. Lfg. (18 S. m. 24 Fig. u. 15 Taf. m. je 1 Bl. Erklärgn.) 4⁰. Leipzig, W. Engelmann '11. 20.—

Bach, Jul., Handbuch der Zahnersatzkunde. Hrsg. unter teilweiser Mitarbeit hervorrag. Fachleute. 2 Abteilgn. (VIII, 540 S. m. 427 Abbildgn.) Lex.-8⁰. Augsburg '11. (Berlin, H. Meusser.) 20.—

Döllken, Die großen Probleme in der Geschichte der Hirnlehre. Akademische Antrittsvorlesg. (32 S.) gr. 8⁰. Leipzig, Veit & Co. '11. 1.20

Dietz, W., Asthma. Kurze allgemein verständl. Abhandlg. 4. Aufl. (34 S.) 8⁰. Kissingen, E. Clement '11. —.50

Fischer, Bernh., Der Kampf gegen die Infektionskrankheiten im Lichte der Statistik. Rede. (28 S.) gr. 8⁰. Kiel, Lipsius & Tischer '11. —.60

Hausdoktor, der. Wochenschrift f. naturgemäße Lebens- u. Heilweise, vereinigt mit Blätter f geist. Hygiene. Schriftleitung: Paul Krojanker. 22. Jahrg. 2. Halbj. April—Septbr. 1911. 26 Nrn. (Nr. 13. 8 S.) Lex.-8⁰. Schlachtensee, Kulturverlag. Vierteljährlich 1.—

Jahresbericht üb. die Leistungen u. Fortschritte in der gesamten Medizin. (Fortsetzung von Virchow's Jahresbericht.) Hrsg. von W. Waldeyer u. C. Posner. 45. Jahrg. Bericht f. d. J. 1910. 2 Bde. Je 3 Abtlgn. (1. Bd. 1. Abt. 340 S.) Lex.-8⁰. Berlin, A. Hirschwald '11. 46.—

Kirchner, Mart., Die Zahnpflege in den Schulen. Hrsg. vom deutschen Zentralkomitee f. Zahnpflege in den Schulen. (16 S.) 8⁰. Berlin, R. Schoetz '11. —.15 (Partiepreise.)

Kleine, F. K., u. *M. Taute*, Trypanosomenstudien. [S. A.] (58 S. m. 5 Fig. u. 5 farb. Taf.) Lex.-8⁰. Berlin, J. Springer '11. 7.—

Fortsetzung auf Seite 5 des Umschlags.

Internationale Bibliographie.

Fortsetzung von Seite 3 des Umschlags.

Kobrak, F., Die Funktionsprüfungen des Ohres (Prüfungen des Gehörs und des Bogengangsapparates.) (38 S. m. 14 Abbildgn.) gr. 8⁰. Leipz., J. A. Barth '11. 1.20

Leclerc-Dandoy, L., L'irrigation continue en chirurgie urinaire. in-8⁰ av. 29 fig. Paris, Maloine. fr. 4.—

Oberst, Ad., Kurzgefaßte chirurgische Operationslehre. (XII, 198 S. m. 232 z. Tl. farb. Abbildgn.) gr. 8⁰. Berlin, S. Karger '11. Geb. 7.—

Ruperti, E., Der Lehrer u. die Nerven. Nach eigenen trüben Erfahrgn. (66 S.) 8⁰. Oldenburg, Oldenb. Antiquariat '11. 1.—

Sacconaghi, Mayer et *Pinchart*, Diagnostic des tumeurs abdominales; considérations clin. sur la palpation de l'abdomen. in-8⁰ av. 89 fig. Paris, Maloine. fr. 15.—

Schellong, O., Die Neuralgien d. tägl. Praxis. (III, 83 S.) 8⁰. Berl., J. Springer '11. 1.80

Schloß, Ernst, Die Pathologie des Wachstums im Säuglingsalter in ihren Beziehungen zu allgemein biolog. Problemen u. in ihrer Bedeutung f. die Klinik. (VIII, 155 S. m. 39 Kurven im Text u. auf 2 Taf.) Lex.-8⁰. Berlin, S. Karger '11. 5.—; geb. b 6.20

Soulié, A., Précis d'anatomie topographique. (734 pag. av. 245 fig.) in-8⁰. Paris, Baillière et fils. Cart. 16.—

Tannert, C., Unterm roten Kreuze. Ein Leitfaden f. den Unterricht in den Sanitätskolonnen. 2. Aufl. (VI, 58 S.) 8⁰. Neiße, R. Hinze '10. —.60 (Partiepreise.)

Thesing, Curt, Fortpflanzung u. Vererbung. Mit zahlreichen Text- u. Vollbildern v. W. Christofani. (96 S.) 8⁰. Leipzig, Th. Thomas Verl. '11. Geb. n 1.60

Truc et *Chavernac*, Hygiène oculaire et inspection des écoles. 3. éd. av. 33 fig. in-8⁰. Paris, Maloine. fr. 4.—

Tuberkulose-Kalender 1911, hrsg. v. Karl Meyer. (VII, 115 S. m. 1 Bildnis.) 8⁰. Berlin, L. Ascher. Geb. 1.50

Fortsetzung auf Seite 7 des Umschlags.

Internationale Bibliographie.

Fortsetzung von Seite 5 des Umschlags.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Hrsg. v. der Medizinal-Abteilg. des Reichs-Marine-Amts. Lex.-8⁰. Berlin, E. S. Mittler & Sohn.
2. Heft. *Presuhn* †, Die Hilfsmittel zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose u. ihre Verwendbarkeit in der Marine. (80 S. m. Abbildgn.) '11. 1.50.

Verzeichnis der Sanitätspersonen Wiens f. d. J. 1911, nebst e. Anh.: Verzeichnis der in Wien wohnhaften Privatärzte, welche auf die Ausübg. der ärztl. Praxis verzichtet haben. Hrsg. v. dem Magistrate der Stadt Wien. (235 S.) gr. 8⁰. Wien, Gerlach & Wiedling '11. 1.60

Walther, Thdr., Über totale Skalpierung u. deren Behandlung. (21 S. m. 1 Taf.) gr. 8⁰. Bamberg, Handels-Druckerei u. Verlagsh. '11. 1.20

Wegele, Carl, Die Therapie der Magen- u. Darmerkrankungen. 4. umgearb. Aufl. (IX, 459 S. m. 11 Abbildgn.) gr. 8⁰. Jena, G. Fischer '11. 7.50; geb. 8.50

Zeitschrift f. Kinderheilkunde. Hrsg. v. H. Finkelstein, L. Langstein, M. Pfaundler, C. v. Pirquet, B. Salge. Referate. Red. v. Hans Bahrdt. I. Bd. (1. Heft. 80 S.) gr. 8⁰. Berlin, J. Springer '11. 28.—


Kraft u. Appetit
aus
Fleisch, Chinarinde,
Kalk-Lactophosphat
erzeugt
Vial's tonischer Wein
L. & H. VIAL & UHLMANN · FRANKFURT A M.


Pollantin
D. R.-P. No. 152163
K. K. Oest. Pat. No. 32155
K. Ung. Pat. No. 14563
specifisches Heilserum
gegen
Heufieber
hergestellt
unter Kontrolle des Erfinders Prof. Dr. Dunbar
von Schimmel & Co. Miltitz bei Leipzig
Anwendung äusserlich!
Zu beziehen durch die Apotheken. — Literatur zu Diensten

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Wöchentlich eine Nummer. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.
Preis des Jahrganges 24 Mark, für das Ausland 30 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung.

Nr. 1. Sonnabend, den 7. Januar 1911.

Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.
Druck von Breitkopf & Härtel in Leipzig.
Alleinige Inseratenannahme durch Max Gelsdorf, Eberswalde.

Mit einer Beilage von
E. Merck, Darmstadt über: „Antithyreoidin-Moebius".

Zentralblatt für Chirurgie

herausgegeben von

K. GARRÈ, G. PERTHES, E. RICHTER,
in Bonn, in Tübingen, in Breslau.

38. Jahrgang.

VERLAG von JOHANN AMBROSIUS BARTH in LEIPZIG.

Wöchentlich eine Nummer. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.
Preis des Jahrganges 24 Mark, für das Ausland 30 Mark, bei halbjähriger Vorauszahlung.

Nr. 26. **Sonnabend, den 1. Juli** **1911.**

